

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

475

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 5 Juillet 1899, à 1 heure

PAR

PIERRE EYNARD

Né au Beausset (Var), le 25 avril 1872

Interne des hôpitaux de Marseille (Concours 1896)

Lauréat de l'École de médecine (Concours 1895)

Médaille d'argent (Épidémie de variole 1895-1896)

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES TUBERCULOSES CUTANÉES

—•—

Président : M. FOURNIER.

Juges : MM. } JOFFROY.
GAUCHER, DUPRÉ.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical.*

PARIS

A. MALVERGE, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

171, Rue Saint-Denis, 171

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

475

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 5 Juillet 1899, à 1 heure

PAR

PIERRE EYNARD

Né au Beausset (Var), le 25 avril 1872

Interne des hôpitaux de Marseille (Concours 1896)

Lauréat de l'École de médecine (Concours 1895)

Médaille d'argent (Epidémie de variole 1895-1896)

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES

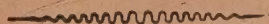
TUBERCULOSES CUTANÉES



Président : M. FOURNIER.

Juges : MM. $\left\{ \begin{array}{l} \text{JOFFROY.} \\ \text{GAUCHER, DUPRÉ.} \end{array} \right.$

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

A. MALVERGE, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

171, Rue Saint-Denis, 171

1899



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie.	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET.
Thérapeutique.	LANDOUZY.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	N.
Pathologie expérimentale et comparée.	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.	DIEULAFOY.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Maladie des enfants.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement.	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM. ACHARD	MM. DUPRÉ.	MM. LEPAGE	MM. THIROLOIX
ALBARRAN	FAURE.	MARFAN	THOINOT
ANDRÉ	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BONNAIRE	GILLE DE LA TOURETTE	MENETRIER	VARNIER.
BROCA AUG.	HARTMANN	MÉRY	WALLICH
BROCA AND.	LANGLOIS	ROGER	WALTHER
CHARRIN.	LAUNOIS	SEBILEAU	WIDAL
CHASSEVANT	LEGUEU	TEISSIER	WURTZ
DELBET.	LEJARS	THIERY	
DESGREZ.			

Chef des Travaux anatomiques M. RIEFFEL

Secrétaire de la Faculté : M. le Docteur Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MON COUSIN RENÉ EYMARD

A TOUS MES MAITRES

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER

Professeur de clinique dermatologique

Membre de l'Académie de médecine,

Officier de la Légion d'honneur.



PRÉFACE

C'est en suivant les consultations cliniques de notre maître, M. le docteur Perrin, chargé du cours de dermatologie à l'Ecole de Médecine de Marseille, que nous eûmes l'idée de faire un modeste travail sur les traitements des tuberculoses cutanées, et en particulier des lupus.

Depuis plusieurs années déjà, M. Perrin traitait par l'ablation totale toutes les tuberculoses cutanées, susceptibles d'être enlevées entièrement. A Vienne, M. Lang n'obtenait de brillants résultats que par le bistouri ; ses premières opérations datent de 1892.

Enfin, à la dernière séance de la Société de Dermatologie le 8 juin 1899, M. Nélaton présentait une série de malades traités chirurgicalement par l'ablation totale suivie de greffes de Thiersch avec un remarquable succès.

Nous avons divisé notre étude en trois parties. Dans la première, nous faisons une rapide revue des nombreux traitements caustiques employés jusqu'ici, avec

ténacité, dans les tuberculoses cutanées, et nous donnons les résultats que l'on a obtenu par la méthode des injections intra-musculaires de calomel.

Dans la seconde partie, nous essayons de montrer que l'exérèse totale suivie ou non d'autoplastie est le traitement de choix de toute tuberculose cutanée.

Nous examinons en dernier lieu les autres méthodes de petite chirurgie dermatologique employées couramment.

Nous prions notre maître, M. le D^r Perrin, de vouloir bien accepter nos remerciements pour les conseils éclairés qu'il a bien voulu nous donner dans cette étude et pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli, il y a plusieurs années déjà, à ses savantes et si intéressantes consultations.

M. le D^r Nélaton a eu l'extrême obligeance de nous communiquer quelques-unes de ses observations, nous l'en remercions vivement.

Nous sommes heureux d'adresser à tous nos maîtres de l'Ecole de Médecine et des Hôpitaux de Marseille l'hommage de notre vive reconnaissance.

Que MM. les professeurs Livon, Combalat, d'Astros, Arnaud, Queirel, Roux de Brignoles, les docteurs Gamel, Poucel, Boy-Teissier, Bidon, Louge et Brun, médecins et chirurgiens des hôpitaux, dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe et l'interne, veuillent bien recevoir l'assurance de notre entier dévouement.

A tous nos amis qui nous ont aidé et encouragé

pendant nos études, nous disons merci du fond du cœur.

Que M. le professeur Fournier veuille bien agréer nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.



PREMIÈRE PARTIE

Les lésions produites par le bacille de Koch sur la peau se présentent sous les formes les plus variées. Aussi, a-t-on été obligé de les classer pour les différencier, bien que leur cause soit la même. Nous diviserons avec Brocq et Jacquet les tuberculoses cutanées, en :

I. Lésions tuberculeuses de la peau résultant de l'inoculation directe de l'agent pathogène de la tuberculose comprenant :

- a) Le tubercule anatomique.
- b) La tuberculose verruqueuse.
- c) Les lupus.

II. Lésions tuberculeuses de la peau semblant être le résultat de l'infection générale de l'économie (tuberculoses secondaires) avec :

- a) Les ulcérations tuberculeuses proprement dites de la peau.
- b) Les gommes scrofulo-tuberculeuses.

Toutes ces lésions qui ne ressemblent guère selon qu'elles existent dans le tissu cellulaire sous-cutané,

ou selon qu'elles se présentent sous les formes de nodosités, de lupus, etc., ont plusieurs caractères identiques dans leur évolution ; nous voulons dire leur marche insidieuse, leur durée et leur récidue.

Le traitement ou plutôt les traitements de ces lésions ont été l'objet de nombreux travaux, de patientes et longues recherches. Dans tous les cas, on ne négligera pas le traitement général qui est un puissant adjuvant de la guérison, et qui met à l'abri des récides. On donnera la préférence à l'huile de foie de morue à hautes doses, aux arsenicaux, aux iodiques, au chlorure de sodium ; on accordera peu de confiance à la créosote ; les injections de vaseline iodoformée ont donné de bons résultats au D^r Morel-Lavallée. On se trouvera bien des eaux bromo-iodurées de Challes, des eaux sulfureuses et chlorurées sodiques d'Uriage, St-Gervais, des eaux chlorurées sodiques de Salies-de-Béarn, Salins en Jura, Bex, Lavey et des eaux arsenicales de La Bourboule. En été, on conseillera les bains de mer et les bains de sable sur les plages.

Passer en revue toutes les méthodes de traitement externe sans en omettre nous paraît difficile ; tous les caustiques ont été employés, tous les antibacillaires, les antiseptiques les plus divers ont été appliqués ; plusieurs ont donné des résultats, aucun n'est spécifique.

Parmi les caustiques, nous indiquerons ceux qui paraissent donner les meilleurs résultats et auxquels il faudrait avoir successivement recours s'il y avait une

contre-indication aux moyens chirurgicaux que nous conseillons.

L'arsenic qui est difficilement supporté à cause des douleurs qu'il occasionne et qu'on ne peut employer sur des larges surfaces ulcérées, à cause des intoxications.

L'iode et ses composés a été employé de tout temps et donne de bons résultats : l'application la meilleure est sous forme de glycérine iodée.

Iode pur.	} à 5 grammes.
Teinture d'iode	
Glycérine	10 grammes.

Le nitrate d'argent soit en solution, soit sous forme de crayon est le caustique le plus répandu.

L'acide pyrogallique semblerait s'attaquer au tissu morbide seul et agir dans les cas de lésions superficielles. L'acide chrysophanique, la chrysarobine agissent identiquement. Le chlorure de zinc ne paraît pas agir aussi bien dans les tuberculoses cutanées que dans les tuberculoses osseuses.

Parmi les parasitocides l'ichtyol, l'acide salicylique, seuls ou associés ont donné des guérisons.

Le sublimé est le plus employé des bactéricides, soit sous forme de pansements humides avec une solution au millième, soit sous forme de pommade (1 gr. de sublimé pour 100 de vaseline), soit encore en emplâtre de Vigo.

Nous ne voudrions pas passer sous silence toutes les promesses nées de la tuberculine de Koch. Les expérien-

ces furent faites à l'hôpital Saint-Louis, de novembre 1890 à janvier 1891, et nous ne pouvons mieux faire que de donner les conclusions présentées par M. le docteur Besnier à la Société de Dermatologie, au nom des médecins de l'hôpital Saint-Louis.

« Dans les tuberculoses tégumentaires en général et en particulier dans toutes les espèces, formes et variétés de la tuberculose lupique, l'inoculation de l'extrait glycériné des cultures sèches et pures, de bacille de Koch produit une action locale, dont l'effet le plus prochain est une réduction temporaire de masse, une atténuation momentanée des tissus tuberculisés...

« Sous le rapport curatif, cette action du remède même répétée jusqu'à tolérance est insuffisante pour amener la guérison dans l'immense majorité des cas, elle n'est ni supérieure, ni même égale, dans ses résultats, aux procédés de traitement ordinaire.

« Mais dans tous les cas, sans exception, quelque faible que soit la dose de toxine injectée, l'action locale ne peut être obtenue sans produire une fièvre éphémère, mais d'intensité impossible à prévoir et qui même avec les petites doses, même à la première injection, peut causer la mort du malade.

« Dans les cas même où le danger n'atteint pas ces limites, le malade est toujours exposé à des accidents graves et prolongés ou définitifs, particulièrement du côté du système circulatoire, du cœur, du cerveau et des reins, et à la mise en action funeste, de foyers tu-

berculeux jusque-là latents et qui auraient pu rester latents si l'inoculation n'avait pas été pratiquée ».

La cause de la tuberculine est donc aussi bien condamnée pour le traitement des tuberculoses cutanées que pour celui de toutes les autres lésions tuberculeuses.

Les derniers essais faits avec la tuberculine R paraissent aussi peu probants qu'avec les autres tuberculines qu'on a tour à tour préconisées.

Scheüber relate 32 observations sur des sujets atteints de lésions tuberculeuses locales qu'il a soumis à l'action de la tuberculine R : il a constaté une réaction générale avec élévation de température parfois considérable ; au début un certain degré d'amélioration, jamais de guérison de foyers locaux.

Au Congrès des naturalistes et des médecins allemands tenu à Brunswick en 1897 M. Sternthal cite les observations de trois cas de lupus vulgaire après le traitement par la tuberculine R.

Dans deux cas il ne se produisit pas d'action favorable, malgré l'élévation de la dose jusqu'à 1,3 c. c. de tuberculine pure. Il n'y eut pas de réaction fébrile dans deux cas qui sont indemnes d'affection pulmonaire. L'un est actuellement opéré et guéri ; chez l'autre on a observé qu'une ancienne otite moyenne, depuis longtemps tout à fait éteinte était revenue accompagnée de vives douleurs. Après chaque injection douleurs derrière le nez, qui rayonnaient vers l'oreille. Comme au

bout de trois injections (sans élévation de la dose) les douleurs se renouvelaient après chaque injection et que finalement il se produisit un écoulement purulent, on interrompit le traitement. Dans le troisième cas, *lupus hypertrophique* de la face, la malade réagit déjà avec un millième de milligramme de substance solide, avec de violents mouvements fébriles. Mais sous l'influence de la réaction locale (rougeur, tuméfaction considérable, exsudation) le *lupus* s'affaissa notablement ; seule, la lésion siégeant sur le nez reste hypertrophiée. Dans ces conditions il n'est pas encore question de guérison, mais certainement il y a une très grande amélioration.

M. Finger communique trois cas de *lupus vulgaire* traités sans succès avec la nouvelle tuberculine. Les communications de Sternthal, dans le deuxième cas sont d'autant plus intéressantes que Klein de l'Institut de Weichselbaum a démontré que l'ancienne tuberculine augmente la virulence des agents pyogènes.

Les applications locales de cette tuberculine R paraissent cependant avoir une action sur les lésions tuberculeuses. M. Hallopeau aurait obtenu dans ces derniers temps des résultats encourageants dans son service de St-Louis.

M. le Professeur Boinet, de Marseille, se basant sur l'excellente action locale de la tuberculine sur des *lépromes* ulcérés, conseille de faire des scarifications en trempant plusieurs fois et au préalable les lames de scarification dans la tuberculine de l'Institut Pasteur.

Ce procédé réunit les avantages de la scarification et l'influence directe de la tuberculine sur les tissus atteints.

Injectons de calomel dans les tuberculoses cutanées.

M. le Professeur Fournier signala le premier en juin 1896 à la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie l'action du calomel sur un pseudo-lupus syphilitique qui guérit après la quatrième injection. Le Docteur Mario Truffi, assistant du professeur Saunzio de Pavie, constata ensuite un cas de guérison et deux cas d'amélioration par les injections du calomel et il se montre enthousiaste de la méthode. Le Docteur Asselbergs avait soumis de son côté vingt-cinq malades, atteints de tuberculose cutanée, forme lupique, avec injection de calomel et constata dans vingt-trois cas une action certaine du médicament sur les lésions. En décembre 1897, M. Pavie publie une thèse sur l'action curative du calomel dans la tuberculose cutanée, qui donne les résultats obtenus par cette méthode depuis 1896 en France, en Italie et en Belgique. Enfin Creutzer dans sa thèse de Lille de 1898 cite treize observations du professeur Charmeil de Lille, dans lesquelles on constata un cas de guérison, quatre améliorations considérables, trois améliorations légères et cinq insuccès.

En 1896, M. le Professeur Fournier présente à la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie deux malades, qui ont été guéris de leur tuberculose cutanée par les injections de calomel et il se demande si le mercure n'aurait pas une action sur certaines formes de tuberculose : c'est une hypothèse qui semble s'imposer dans un grand nombre de cas.

D'ailleurs, le traitement mercuriel fut donné dans plusieurs cas de tuberculoses diverses, et si le mercure n'est pas un spécifique du bacille de Koch, il a été aussi favorable que les prétendus bactéricides tuberculeux, nous disons la créosote et ses dérivés, l'iodoforme, etc. Et de fait on a plusieurs fois à diverses reprises préconisé le traitement hydrargyrique dans la tuberculose pulmonaire ou osseuse et cela avec des résultats souvent encourageants. Broussais cite le mercure en tête des médicaments propres à combattre la phtisie.

Plus récemment les expériences de Barthel, de Moritz, de Kubassof sur des lapins, montrent l'heureuse influence des frictions mercurielles sur l'évolution de la tuberculose. Dubois en 1897 présentait une note sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par le mercure et les résultats de cinq années font constater « des améliorations remarquables ». Le Docteur Jacquet traitait avec succès en 1897 un cas d'ostéomyélite aiguë par le mercure.

Tous les auteurs constatent donc une amélioration

dans les diverses formes de la tuberculose : dans les tuberculoses cutanées en particulier les injections de calomel ont donné aux malades un bénéfice incontestable.

Le mercure agit non pas sur l'agent tuberculeux lui-même mais sur l'organisme comme tonique, il donne une poussée favorable aux éléments naturels de défense contre le bacille de Koch.

On a considéré jusqu'à présent cette méthode comme une méthode d'exception ou ne devant être employée que dans les cas désespérés. Nous ne l'envisagerons pas à ce point de vue : D'exception, a-t-on dit, à cause des inconvénients et des dangers des injections de calomel.

Les inconvénients sont minimes, car la douleur est en général presque nulle : à peine nos malades accusent-ils une gêne le plus souvent insignifiante au troisième et au quatrième jour. Souvent même cette gêne n'existe pas et plusieurs de nos malades ne s'aperçoivent même pas de leur injection. Nous avons constaté que l'endroit où les injections occasionnaient le minimum de sensation était la masse musculaire sacro-lombaire.

Nous ne parlerons point des abcès consécutifs qui ne doivent pas survenir pour peu que l'on s'applique à observer les règles d'une asepsie courante. Quant aux nodosités nous les avons rarement constatées dans la région sacro-lombaire.

Seule la stomatite mercurielle doit être considérée, car certains sujets y sont plus spécialement prédisposés. Mais si on met un intervalle suffisant entre deux injections mercurielles, si on surveille attentivement l'état des gencives des malades, on peut les mettre à l'abri de cet accident. D'ailleurs point n'est besoin d'accumuler dans l'organisme plusieurs doses de calomel, car si dès les deux ou trois premières injections on ne constate aucune amélioration, on peut arrêter l'administration du médicament, le résultat étant alors fort douteux.

Quant au danger occasionné par l'entrée du calomel dans un vaisseau veineux, la précaution d'introduire l'aiguille avant de pousser l'injection nous paraît suffisante pour l'éviter; et nous n'avons pas à notre connaissance un seul fait malheureux qui puisse nous arrêter. Dans le service du Docteur Michel où l'on fait systématiquement les injections de calomel depuis 1894 à la plupart des syphilitiques nous n'avons jamais vu un accident semblable.

Encouragé par les tentatives du traitement des lésions tuberculeuses de la peau, et en particulier du lupus, par les injections du calomel, nous avons employé la méthode sur quelques malades; nous allons relater les observations et montrer le bénéfice qu'ils en ont retiré.

OBSERVATION I (Personnelle)

M. Paul, 28 ans, employé entre à la salle Saint-Eugène, au n° 32, le 27 septembre 1898, dans le service de Monsieur le professeur Roux, suppléé par Monsieur le docteur Lartail.

Père mort, à 48 ans de tuberculose. Mère âgée de 56 ans, souffrant d'une affection cardiaque.

Un frère plus jeune bien portant.

Ce malade est maigre, et tousse fréquemment tous les hivers. L'examen de l'appareil pulmonaire fait constater quelques craquements au sommet gauche. L'examen bactériologique de ses crachats nous a montré des bacilles de Koch.

Il accuse avoir eu un chancre à 22 ans qui ne paraît pas avoir été syphilitique, n'ayant pas eu d'accidents secondaires et pas de traitement spécifique. A toujours eu des ganglions à la région cervicale pendant son enfance; les uns ont suppuré en laissant des cicatrices irrégulières.

A son entrée à l'hôpital il présente au-dessous des oreilles des ulcérations de 5 à 6 centimètres de long sur 3 et 4 de large et de chaque côté. Ces ulcérations consécutives à des ganglions suppurés, datent de 3 à 4 mois; elles sont excavées, grisâtres; les bords sont décollés irrégulièrement. On donne au malade de l'arseniate de soude, des capsules de créosote à l'intérieur. On cautérise les plaies au nitrate d'argent et on fait des pansements à l'iodoforme tous les deux jours.

La plaie n'avait aucune tendance à la cicatrisation lorsque Monsieur le docteur Lastail donna au malade de l'iodure de potassium à dose de 2 grammes par jour et nous fit faire une injection de 0,05 centigr. de calomel le

25 octobre 1898. On continua les pansements antiseptiques cinq à six jours après cette première injection la suppuration diminua ; la plaie commença à bourgeonner.

Le malade qui était très pusillanime, souffrit un peu de son injection. Il accepta néanmoins une deuxième injection, le 10 novembre, et il sortait le 20 novembre complètement guéri. Pas de récurrence depuis sept mois.

Dans ce cas nous voyons donc une action bien nette des injections de calomel ; nous ferons toutefois des réserves à cause du chancre antérieur qui ne nous a cependant pas paru spécifique.

OBSERVATION II (Personnelle)

B... Louis, 7 ans, entre au pavillon Vidal, le 24 novembre 1896, dans le service de Monsieur le docteur Lauzet.

Antécédents héréditaires : mère 38 ans, bien portante, ayant eu un premier enfant en 1886, mort à 13 mois d'une méningite.

Père mort à 51 ans, en 1895, d'accès pernicieux aux colonies.

Antécédents personnels : A 2 ans fièvres paludéennes. A ce moment apparut sur le côté droit du cou un petit bouton de la grosseur d'une noisette, situé dans le derme, qui fut enlevé au bistouri et qui cicatrisa rapidement.

Quelque temps après apparition d'une plaie large de 2 cent. environ exubérante sur la tempe droite, plaie qui s'agrandit peu à peu vers la joue et vers le front où il se forma d'autres placards isolés ; des soins ordinaires, et différentes cautérisations n'amenèrent aucun résultat.

En février 1898, on fit un curetage de toutes les régions

envahies au dispensaire des Enfants malades, curettage qui n'amena aucune amélioration.

Quinze jours après cette intervention l'enfant contracte la rougeole qui évolua sans complications. Il parut même qu'à la suite de cette maladie les plaies eurent une tendance à la cicatrisation ; mais ce mieux ne persista pas ; en avril 1898, on fit sur les placards une série de greffes d'après la méthode de Thiersch. Quelques greffes furent satisfaisantes, mais plusieurs restèrent sans résultat. En juin on fit une seconde séance de greffes sans obtenir un meilleur résultat.

A son entrée à l'hôpital nous constatons que l'enfant est atteint de larges placards de lupus vorax, bourgeonnant. On trouve des placards de 4 à 5 centimètres se reliant les uns aux autres par des traînées de 1 cent. aux régions parotidienne, temporale et pariétale droite ; la région occipitale et tout le dessus de la tête sont envahis, les ulcérations gagnant la région pariéto-frontale gauche. Le cou et la joue du côté gauche sont indemnes.

Le 16 décembre nous faisons une première injection de calomel de 0,03 centigr. Des pansements humides à l'eau bouillie sont faits tous les jours. Au bout de 15 jours on constate une amélioration marquée, et une tendance à la cicatrisation. Les tissus exubérants se sont affaîssés, la marche envahissante du lupus paraît arrêter.

Le 18 janvier, deuxième injection de 0,05 centigrammes de calomel, à la suite de laquelle nous constatons que la plupart des placards de petites dimensions, ceux qui ne dépassaient pas un centimètre carré à un centimètre et demi, sont complètement cicatrisés.

Le 3 février on fait une troisième injection de calomel ; il ne reste qu'un placard de 3 cent. sur 2 1/2, ovalaire au-

dessus de l'oreille gauche, un autre à la région de pariétale gauche de 6 cent. de longueur sur 1 1/2 de largeur, un troisième à droite de la suture sagittale de 1 cent. et un autre de 2 cent. de forme triangulaire à l'angle du maxillaire inférieur droit.

Mais le 13 février une stomatite assez forte se déclare. A ce moment les placards restant avaient encore diminué de volume.

Le 1^{er} mars la stomatite est en voie de guérison, mais les lésions lupiques restent stationnaires, malgré des applications d'iode. Pendant le mois de mars on n'obtient aucune amélioration et on attend pour faire une nouvelle injection de calomel.

Le 15 avril on fait une 4^e injection de calomel de 0,03 centigr.

Il ne reste que 2 placards lupiques. Un de 1 cent. 1/2 de diamètre ovale au-dessus de l'oreille gauche et l'autre sur le côté gauche du crâne de 4 cent. de long sur 2 de large. Ces deux plaies tendent vers la cicatrisation.

Depuis on a cessé les injections et l'état reste stationnaire.

OBSERVATION III (*Personnelle*).

B... Philippe, 15 ans, petit pour son âge, facies des scrofulo-tuberculeux.

Son père et sa mère sont en bonne santé, 10 enfants dont 6 sont morts en bas-âge. Des 4 enfants qui restent deux se portent bien. Un de ses frères auraient eu un abcès froid. Notre malade a marché à 1 an et se développa sans maladie jusqu'à l'âge de 3 ans. A cette époque il eut la variole ; à la suite de cette affection des ganglions du cou s'abcédèrent, et n'ont depuis lors cessé de suppurer, atteignant les tissus environnants surtout du côté de la peau. A 4 ans un

large placard lupique de 4 à 5 centimètres se montra à la fourchette sternale; un autre placard grand comme la main couvrit aussi à cette époque la région située au-dessus du mamelon gauche — ces plaies cicatrisées depuis 4 à 5 ans ont laissé une marque blanche, vergetée, irrégulière. On constate aussi une bande de lupus tuberculeux longue de 4 cent. sur 2 de largeur au niveau de la tête humérale sur la face antérieure du bras.

Autre placard de forme ovoïde de 5 à 6 centimètres dans son diamètre à droite de la colonne vertébrale au niveau des 3^e, 4^e et 5^e vertèbre lombaire et à 2 centimètres de la ligne médiane.

Toute la jambe droite est atteinte de lésions tuberculeuses de la peau à différents stades de leur évolution; la jambe a l'aspect éléphantiasique, les tissus sont indurés; certaines parties sont ulcérées, sanieuses sur une vaste étendue; par ailleurs se trouvent des nodosités ulcérées plus ou moins grosses. La jambe gauche est indemne.

A la face et au cou on voit un placard croûteux de 2 cent. de diamètre, arrondi sous l'oreille gauche et un de dimension à peu près semblable à l'angle du maxillaire inférieur et à gauche sur la joue un placard de 1 centimètre environ, le menton est recouvert comme par une mentonnière par un vaste placard rouge et suintant. Sur la joue droite autre lésion de tuberculose cutanée ainsi qu'au-dessous de la parotide avec de gros ganglions.

Le 8 février on fait une 1^{re} injection de calomel de 0,05 centigrammes associé à 0,05 cent. d'orthoforme (1).

Le 11 et le 12 février il éprouva quelque douleur au niveau de la piqure; mais on constate une amélioration mar-

(1). Depuis qu'on a signalé des accidents dus à l'association de l'orthoforme au calomel nous ne l'employons plus, bien que nous n'ayons jamais rien constaté.

quée à la cuisse ou les tissus tendent à la cicatrisation avec une diminution considérable de l'infiltration.

La douleur fut assez marqué au 3^e et 4^e jour. Il vint le 23 février nous demander une nouvelle injection.

Le 6 mars nous faisons une 3^e injection et nous constatons la cicatrisation des 3 placards de la face; à la cuisse gauche le suintement a presque disparu, la cicatrice est formée sur plusieurs points; l'infiltration de la jambe a diminué.

Le 10 mars le malade profitant de son amélioration considérable va faire une cure d'air dans les Alpes.

OBSERVATION IV

*(Société des sciences médicales de Montpellier.
séance du 27 janvier 1899.)*

M. Brousse présente une observation d'une jeune fille de 18 ans, entrée dans son service pour un lupus tuberculeux de la face, datant de 9 ans, ayant déterminé des ulcérations profondes recouvertes de croûtes épaisses au niveau du nez, des joues et des parties environnantes et s'étant étendu à la muqueuse buccale, où les lésions sont surtout prononcées, à la partie interne des lèvres, aux gencives, sur la voûte palatine. En fait d'antécédents pathologiques, il n'y a à signaler qu'une adénite suspecte présentée par une de ses sœurs, morte après l'adolescence.

La malade a été soumise à un traitement systématique par les injections de calomel, d'après la méthode indiquée par les professeurs Fournier et Asselbergs (de Bruxelles), le traitement local consistant simplement en lavages antiseptiques.

En 3 mois et demi elle a reçu onze injections de 5 centigrammes de calomel. Sous l'influence de ce traitement une

amélioration très grande se produit, toutes les ulcérations se cicatrisent, les nodules lupiques sont affaissés. L'état général est bien meilleur. Une saison à Balaruc achève le rétablissement général de sa santé.

OBSERVATION V (*personnelle*).

P... Séraphin, 44 ans, journalier.

Père mort à 78 ans d'une maladie cardiaque, mère morte à 64 ans. 6 frères bien portants; une sœur morte en bas-âge.

Marié et père de 4 enfants bien portants.

Le 8 mars, nous le voyons pour la 1^{re} fois à la clinique de notre maître le Dr Perrin.

A 22 ans il croit avoir eu la syphilis; il n'aurait eu ni chancre induré, ni roséole, mais seulement des plaques ulcérées à la verge, ce qui fait penser plutôt à des chancres mous. Il y a deux ans et demi bouton de lupus tuberculeux sur l'aile gauche du nez, deux autres sur la région de la lèvre supérieure à 1 centimètre de la muqueuse, un dans le sillon naso-buccal.

Un raclage suivi de cautérisation fit disparaître les tubercules; un peu de rougeur seulement resta.

Il y a 4 mois récidive des foyers lupiques, apparition d'un petit bouton sur l'aile gauche du nez. Ce bouton a grossi et actuellement toute l'aile est rouge et recouverte de croûtes; on trouve un autre léger bouton sur la joue à 1 centimètre de l'autre.

Il y a 2 mois autre bouton tuberculeux développé sur la joue gauche à 1 centimètre et demi de la commissure des lèvres; ce bouton, de la grosseur d'une pièce de 2 francs est rouge, enflammé et surélevé.

Le 11 mars on fait une première injection de calomel de 0,05 centigrammes dans la région sacro-lombaire.

Le 24 mars on constate une amélioration très sensible ; les croûtes de l'aile du nez ont disparu ; il n'y a plus de suintement. Les placards ont diminué de grandeur. On fait une seconde injection de 0.05 centigrammes de calomel.

Le 5 avril troisième injection de calomel de 0,05 centigrammes. L'amélioration ne se maintient pas : les lésions du nez sont enflammées et paraissent gagner l'orifice de la narine droite. Des croûtes recouvrent certaines parties du lupus.

En présence de ce résultat peu encourageant des injections de calomel on fait l'ignipuncture au galvanocautère le 21 avril 1899, (le malade ne pouvant interrompre son travail, d'où impossibilité d'ablation totale). On continue les pointes de feu tous les huit jours et actuellement les lésions sont complètement guéries.

OBSERVATION VI (*personnelle*).

M... Marie, 65 ans, infirmière.

4 frères dont un mort accidentellement et l'autre de tuberculose osseuse probablement, 2 frères actuellement bien portants.

Cette femme raconte qu'étant infirmière dans un service d'enfants elle aurait été écorché près de l'aile du nez droit par un petit malade et cette égratignure, qui remonte à 27 ans alors qu'elle était âgée de 38 ans, serait le point de départ de son ulcération. La lésion minime au début a augmenté progressivement et a envahi une grande partie de l'aile droite du nez et de la joue.

Pendant plusieurs années on appliqua divers caustiques amenant tour à tour une diminution plus ou moins marquée, suivie toujours de récidives.

Il y a 8 ans, on fit un grattage à la curette tranchante qui

amena une guérison complète, mais au bout de six mois la lésion récidivait.

Depuis trois ans cette femme est à l'hospice de Sainte-Marguerite dans le service de M. le Dr Bidon. Dernièrement un traitement fut fait avec des applications d'une solution d'acide arsénieux. Une amélioration sensible se produisit.

Actuellement lorsque nous la voyons pour la 1^{re} fois le 6 février 1899, on constate une ulcération d'aspect tuberculeux, de la joue, de la narine droite et s'étendant sur la face latérale droite du nez où on trouve un groupe des tubercules naissants. Le grand placard est croûteux. Pas de ganglions. L'état général est bon.

A plusieurs reprises cette femme était entrée à l'infirmerie pour des céphalalgies intenses, qui cédaient au sirop de Gibert. Cependant on ne trouve pas dans les antécédents d'accidents syphilitiques soit antérieurement, soit après son ulcération.

Le 8 février nous faisons une injection 0,04 centigrammes de calomel, au quel nous avons associé 0,04 centigrammes d'orthoforme.

Cette malade venait de prendre un mois durant du sirop de Gibert à raison de 3 cuillerées par jour.

On constata les jours suivants une amélioration notable de son lupus, qui parut cicatrisé sur plus de la moitié de sa surface.

Mais le 12 février elle fut prise de stomatite qui dura huit jours environ.

Le 10 mars la malade ne veut plus se soumettre aux injections de calomel. D'ailleurs l'amélioration constatée ne s'est pas maintenue.

Les bords sont recouverts de croûtes suintantes. La ma-

lade ne veut pas de l'ablation totale et préfère garder son ulcération plutôt que d'entreprendre un nouveau traitement.

OBSERVATION VII

(Due à l'obligeance de M. le Dr Perrin).

Femme de 25 ans, modiste. A eu le carreau à 3 ans. Scarlatine à 9 ans, enfin une éruption à 15 ans sur la joue droite et le nez qui persiste encore.

Famille de 5 enfants : 1^{re} grossesse avortement à 6 mois. 2^e naissance à 8 mois mort à 18 mois. 3^e né à terme, enfant vivant âgé de 34 ans. 4^e né à terme mort à 2 mois. 5^e âgée de 25 ans, (sujet de l'observation).

Etat en 1896, syphilis secondaire datant d'un an.

Lupus tuberculeux de la joue droite et du nez, ganglions scrofulo-tuberculeux du cou, partie antérieure et postérieure jusqu'à la clavicule ; sous le menton gommages tuberculeuses ulcérées.

Quatre injections de 0,05 centigrammes de calomel autant pour la syphilis que pour les manifestations tuberculeuses qui sont améliorées, s'affaissent mais ne disparaissent pas totalement.

Plusieurs séances d'électro-cautérisation sont nécessaires pour la guérison du loupus.

Tels sont les cas où nous avons employé les injections de calomel seules, c'est-à-dire ces formes de tuberculoses cutanées à lésions nombreuses et étendues, avec ulcérations profondes et infiltrations.

Les malades en ont retiré un bénéfice marqué surtout dans les premiers temps du traitement ; mais, en général, l'amélioration que l'on constate après les pre-

nières injections ne se maintient pas. C'est ce qui résulte aussi d'un malade présenté à la dernière séance (8 juin 1899) de la Société de Dermatologie, par M. le professeur Fournier, malade qui parut guéri après quelques injections, mais dont la guérison ne s'est pas maintenue au bout d'un mois.

Il n'en reste pas moins avéré que cette méthode peut rendre des services dans ces manifestations envahissantes de la peau par la tuberculose en présence desquelles le chirurgien reste désarmé.

Les injections de calomel doivent être palliatives ou plutôt adjuvantes.

Le seul traitement des lésions tuberculeuses de la peau est l'emploi des méthodes chirurgicales.



DEUXIÈME PARTIE

Ablation totale des tuberculoses cutanées

Toutes les lésions tuberculeuses de la peau doivent être traitées, si possible comme *une tumeur maligne et enlevées totalement*. De toutes les méthodes chirurgicales l'ablation est la plus radicale, celle qui donne un résultat immédiat et qui met le plus à l'abri des récidives.

Il ne faudrait point croire que l'extirpation totale des tuberculoses cutanées date de ces dernières années, ni même de la période antiseptique. Mais elle commence à peine à rentrer dans la pratique et en France la cure radicale du lupus est loin d'être le traitement courant.

Dès 1840, Hoppe, puis Volkmann, Gersung, Eiselsberg, avaient préconisé l'extirpation sanglante des lupus. Volkmann ne l'admettait que dans les cas où l'on pouvait avoir une réunion parfaite. L'on trouve au Congrès des chirurgiens allemands de 1895 peu de partisans de l'ablation radicale des tuberculoses cutanées.

Le docteur Raugé (de Challes) dans une revue générale sur la cure radicale du lupus parue dans le Bulletin médical de décembre 1898 donne deux raisons pour expli-

quer cette espèce d'indifférence qui accueillit jusqu'à ces derniers temps le traitement chirurgical du lupus.

« La première est, dit-il, que les dermatologistes mal préparés pour accomplir de grandes opérations autoplastiques, s'en tenaient assez volontiers à des procédés plus faciles, et restaient prudemment fidèles aux cautérisations ou râclage, méthodes assurément moins radicales, mais aussi moins compromettantes. C'étaient surtout les chirurgiens qui, en pareil cas, prenaient le bistouri et se hasardaient quelquefois à ces interventions délicates. Mais, ils s'en tenaient presque uniquement au traitement des lupus de la face, des lupus orificiels ; c'est-à-dire au cas où pouvaient le mieux s'exercer leurs talents autoplastiques. Or, il est notoire que les lupus qui siègent au voisinage des orifices naturels à cheval pour ainsi dire sur la peau et sur les muqueuses, sont ceux qui se prêtent le moins à des opérations complètes et qui offrent conséquemment le plus de chances de récidives. Il en résultait forcément que les tentatives opératoires, pratiquées dans ces circonstances ne donnaient le plus souvent que des déboires et aboutissaient à des insuccès qui discréditaient la méthode.

« Une autre cause d'hésitation résidait dans la difficulté que l'on éprouvait à combler, avec les procédés anciens la perte de substance étendue que laisse ordinairement après elle une extirpation radicale. Cet obstacle ne disparut que le jour où l'on s'avisa d'appliquer à cette opération les greffes à vastes lambeaux. Ce pro-

cédé autoplastique étendit presque sans limite le domaine de l'extirpation totale et permet toutes les audaces ».

Pour faire l'extirpation totale des tuberculoses cutanées, il faut considérer et le siège des lésions, et leur dimension.

Siège. — Nous considérerons trois cas dans la topographie des lésions tuberculeuses cutanées :

1° Elles sont situées aux membres ou sur le tronc ;

2° Sur les parties latérales de la face, au cou, à la nuque, à la tête ;

3° Sur les parties médianes de la face, près des yeux, du nez et de la bouche ; nous rangerons aussi dans cette catégorie les lupus qui siègent aux environs d'une cavité naturelle, oreille, anus, périnée, grandes lèvres. C'est dans ces derniers cas que l'intervention chirurgicale est le plus discutable, car pour peu que les lésions aient envahi la muqueuse des fosses nasales, de la bouche, ou du palais, on ne pourra que rarement faire une ablation totale ou une restauration complète. Si l'on songe cependant que ces lésions ont eu une marche envahissante progressive, il suffira que l'indication de l'intervention précoce soit posée pour que le chirurgien ne reste pas désarmé en présence de lésions par trop étendues.

Dimension. — Les tuberculoses cutanées présentent en étendue tous les degrés, depuis le tubercule gros

comme unpois, jusqu'aux ulcérations occupant un membre, quelquefois disséminées en si grand nombre que la moitié du corps est presque envahie. M. Lang, de Vienne, n'a jamais trouvé dans la seule étendue de la lésion une contre-indication suffisante à son ablation opératoire.

Comme profondeur le lupus ne dépasse pas habituellement les couches les plus superficielles du pannicule graisseux sous-cutané. Les lésions tuberculeuses peuvent envahir les couches profondes, atteindre même les aponévroses et les muscles : mais ces cas ne rentrent pas dans le cadre que nous nous sommes tracé.

Ablation suivie de simple suture linéaire

Selon le siège et l'étendue des lésions, on pratiquera l'ablation suivie de la réunion par l'affrontement des deux lèvres de la plaie. On pourra ainsi enlever presque toutes les tuberculoses cutanées ne dépassant pas comme dimension la grosseur d'une pièce de deux francs : aux membres, et au tronc, on pourra même réunir par première intention des plaies beaucoup plus grandes. La plupart des gommès tuberculeuses, des lupus nodulaires, certaines ulcérations secondaires aux adénopathies seront passibles de cette méthode.

Le manuel opératoire est des plus simples, sans instrumentation spéciale, à la portée de tout médecin.

Il n'est pas nécessaire d'avoir recours à l'anesthésie générale. L'anesthésie locale avec une solution au cen-

tième ou au cinquantième de chlorhydrate de cocaïne, avec les précautions usuelles, sera suffisante. On aura soin d'inciser en superficie et en profondeur 2 à 3 millimètres au-delà des lésions apparentes ; on a ainsi toute chance de se mettre à l'abri d'une réinfection de la cicatrice.

S'il y a un peu d'hémorrhagie, et elle ne sera jamais abondante, la compression sera suffisante pour l'arrêter ; si une artériole donnait, la torsion ou un fil de catgut sera nécessaire.

On ferme la plaie avec quelques crins de Florence et huit jours après on a une réunion par première intention. Il ne restera qu'une ligne blanche de cicatrice peu apparente.

La lésion siège sur les parties latérales de la face, au front, au cou et l'on veut éviter toute trace même de cicatrice. On a, en effet, accusé la ligne blanchâtre de l'incision linéaire d'être plus apparente que la cicatrice laissée par les scarifications. Nous avons, en effet, vu dans le service de M. Brocq, des cicatrices à peine visibles de lupus traité par les scarifications.

Dans ce cas, nous conseillons l'ablation totale, suivie de la suture intra-dermique. L'intervention sera un peu plus longue, mais de cicatrices il n'y aura point. Nous allons décrire rapidement le procédé de M. Pozzi, que nous avons employé et qui nous a toujours donné un excellent résultat.

I. — *Placement du fil.* — On se sert d'une aiguille de Hagedorn, petite et courbe, ou même d'une aiguille de couturière droite, armée d'un fil de soie très fin ; on fait un nœud près de son extrémité libre et on l'introduit à un centimètre au-dessus de l'angle supérieur de la plaie ; on traverse la peau jusque dans la plaie et on tire le fil jusqu'à ce que le nœud soit bien arrêté contre la peau.

Pendant qu'un aide éverse convenablement la lèvre droite de la plaie au moyen d'une pince à disséquer et qu'il maintient fixé son angle supérieur, passer le fil dans l'épaisseur du derme sur un trajet de 3-4 millimètres. Everser la lèvre gauche, piquer son derme au niveau de petit trou de sortie antérieur et après un trajet de 3 à 4 millimètres, piquer le derme de l'autre lèvre toujours à la hauteur de la dernière sortie et ainsi de suite, à droite et à gauche jusqu'à la partie inférieure de la plaie. Là, faire ressortir l'aiguille à 1 centimètre au-dessous de l'angle inférieur.

II. — *Striction du fil et arrêt du chef terminal.* — Tirer successivement avec un crochet ou avec une pince sur chacune des anses de la suture.

Lorsque les lèvres de la plaie sont ainsi rapprochées, établir leur contact mutuel en tirant sur le chef inférieur du fil et arrêter ce chef par un nœud contre la peau. Si l'on craint des tiraillements qui puissent écarter les deux lèvres de la plaie, on peut appuyer la su-

ture par un ou deux points entrecoupés qui comprennent toute l'épaisseur des téguments et qu'on noue sur deux rouleaux de gaze.

III. — *Ablation du fil.* — Cinq ou six jours après, attirer le chef supérieur et le couper au-dessous du nœud. On enlève alors facilement la totalité du fil en tirant sur le chef inférieur.

On peut employer le catgut à la place de la soie.

Ablation suivie d'autoplastie

La plaie ne peut être réunie par une simple suture ; l'on a recours à une autoplastie.

En 1872, Ollier proposa, pour favoriser la cicatrisation des plaies, d'en recouvrir la surface, non plus, comme l'avait proposé Reverdin d'un semis de fragments épidermiques de 2 ou 3 millimètres carrés, mais de larges lambeaux cutanés, comprenant toute l'épaisseur de la peau. Depuis, il a montré par toute une série d'observations, les avantages de ces greffes autoplastiques à larges lambeaux cutanées.

Les grandes greffes dermo-épidermiques de Thiersch présente une grande analogie avec celles d'Ollier ; la différence consiste d'une part à ne tailler qu'une partie minime du derme, les couches superficielles, et d'autre part qu'elles ont été uniquement pronées pour les pertes de substances fraîches ou avivées et non pour les plaies granuleuses.

Ce fut Urban qui signala 16 cas de tuberculose cutanée, traités par l'excision et la transplantation. En 1891, M. Baur, publiait à Nancy, une thèse sur le traitement du lupus par les greffes dermo-épidermiques ; c'était le procédé indiqué par Hahn et repris par M. Vautrin ; c'était l'incision complète du lupus et on favorisait la cicatrisation par les greffes de Thiersch. Les trois observations qui y sont relatées ne portent que sur des lupus de peu d'étendue (dans l'observation I, lupus de la dimension d'une pièce de 0,50 centimes, et dans l'observation II, lupus mesurant un centimètre de largeur sur cinq à six millimètres de hauteur). Quant à l'observation III, elle nous montre combien l'intervention était restreinte ; car la malade qui était atteinte d'un lupus très étendu à la joue droite et du sillon naso-génien, présentait quelques mois après un traitement sans succès sur la joue gauche, au-dessous de l'angle externe de l'œil, une autre plaque lupique peu étendue. Ce fut celle-ci qui fut largement incisée et recouverte d'une greffe dermo-épidermique, en août 1890. Et l'observation se termine ainsi :

« Jusqu'en juin 1891, pas de récédive. L'énorme lupus de la partie droite de la face continue à évoluer ».

Mais c'est à M. Lang, de Vienne, que l'on doit vraiment de connaître les effets de la méthode de l'exérèse totale des tubercules cutanées suivie des gref-

fes, qu'il fait depuis 1892, avec des succès qui laissent bien loin toutes les autres méthodes de traitement.

Nous ne décrirons pas tous les procédés connus d'autoplastie, méthode française avec ses divers procédés par glissement marginal, en rideaux, en tiroir de Chopart, par inclinaison, méthode indienne, avec torsion du pédicule, du lambeau, méthode par renversement, méthode italienne, méthode à pont, méthode à lambeau libre unique de L. Le Fort, méthodes à lambeaux libres multiples d'Ollier, enfin les grandes greffes dermo-épidermiques de Thiersch.

Ce sont ces deux dernières méthodes qui nous occuperons, bien que selon les cas on devra employer les autres procédés ou une combinaison de deux procédés.

On emploiera donc la méthode des greffes de Thiersch toutes les fois que la perte de substance sera trop grande pour avoir une réunion immédiate, lorsque les lésions ont pour siège principalement les joues, le front, le nez, le menton, le cou. Car, disons-le dès à présent, la peau greffée est surtout une peau d'apparat plus que d'utilité, elles sont souvent éphémères lorsqu'elles siègent sur des points de frottement, d'appui, de mouvements étendus.

Manuel opératoire. — La plaie à recouvrir doit présenter deux conditions essentielles : une asepsie complète et une vitalité suffisante.

La veille de l'opération on nettoiera au savon, la plaie et ses alentours ainsi que la région qui servira à la prise des lambeaux ; on recouvrira le tout de compresse imbibées de sublimé à 1/2.000.

La face antéro-externe de la cuisse est celle qui convient le mieux pour le choix des lambeaux ; mais on peut les emprunter sur d'autres régions, au bras, à la jambe, au tronc.

L'anesthésie générale sera en général nécessaire, car la prise des greffes est très douloureuse, ainsi que la dissection de la partie malade. Dans quelques cas de peu d'étendue on pourra se contenter de l'anesthésie locale par la cocaïne.

Comme instruments un ou deux rasoirs à lame longue et large ou un couteau à lame mince dont se sert M. Lang, un bistouri, une pince à disséquer, une paire de ciseaux, une sonde cannelée, un stylet, quelques pinces à forcipressure sont suffisants.

Les instruments, le champ opératoire, les mains du chirurgien et de l'aide seront aseptisés : on proscrira toute solution antiseptique qui pourrait compromettre la vitalité des lambeaux.

Opération. — On enlève largement au bistouri les parties malades dans toute leur épaisseur en dépassant comme nous l'avons déjà dit de trois à quatre millimètres au-delà du tissu apparemment sain. On est en présence d'une vaste surface saignante. Il est essentiel

d'arrêter l'hémorrhagie avant d'appliquer les lambeaux et il faut faire alors *avec beaucoup de patience* une compression qu'il est quelquefois nécessaire de prolonger quelque temps.

Pour prendre les greffes nécessaires on mesure avec la sonde cannelée la longueur de la plaie et on augmente cette longueur d'un centimètre environ sur la région choisie. Pour sectionner il faut que la peau soit tendue. On fait placer la main d'un aide à la partie inférieure ou supérieure de la région où l'on doit enlever les lambeaux épidermiques et la main libre de l'opérateur tend la peau en sens inverse, La peau étant ainsi fixée on l'humecte soit avec de l'eau bouillie soit avec du sérum artificiel : on applique le rasoir à plat et après l'avoir fait mordre on le fait avancer par de petits mouvements de scie : on détache ainsi une lanière très fine, qui se plisse sur la lame du rasoir large de deux à trois centimètres. Si l'on veut des greffes plus larges il faut appliquer fortement le dos du rasoir.

La greffe découpée est transportée sur le rasoir même sans y toucher sur la surface avivée; on l'étale en fixant le bout inférieur de la greffe à une des extrémités de la plaie à recouvrir et on retire le rasoir doucement vers l'autre extrémité.

On agit de même avec les autres lambeaux qu'il sera nécessaire de prendre pour recouvrir la plaie entièrement. Si la greffe n'est pas étalée en totalité du premier coup on la placera en se servant soit du stylet mousse,

soit avec le dos de la curette ou encore la pointe de l'aiguille de Reverdin, en allant aussi délicatement que possible. On place les lambeaux de façon à ce que les deux bords soient imbriqués les uns sur les autres. La plaie une fois totalement recouverte sera pansée avec des bandelettes de silk aseptique et trempées dans une solution bouillie. Les bandelettes seront placées les unes transversalement, les autres perpendiculairement de telle façon qu'elles laissent entre elles et par espace des petits carrés de trois à quatre millimètres non recouverts. On peut aussi comme le fait le Dr Nélaton appliquer simplement de la gaze aseptique recouverte de ouate.

On appliquera par-dessus des compresses sèches et aseptiques : une couche de coton et une bande modérément serrée.

Les surfaces qui ont servi à fournir les greffes seront pansées à l'iodoforme ou à l'aristol ; la plaie qui résulte de la prise des lambeaux est tellement superficielle que sa réparation complète est l'affaire de quelques jours. Vers le quatrième ou le cinquième jour on enlèvera le pansement ; on arrosera largement la plaie avec de l'eau bouillie tiède pour ne pas arracher ce qui est adhérent ; ensuite on nettoiera très délicatement la surface greffée et on refera le même pansement.

Au huitième jour si les greffes ont pris on enlèvera les bandelettes de silk toujours avec les mêmes précautions et on fera un pansement sec avec des com-

presses de gaze boriquée ou simplement aseptique. Le malade gardera ce pansement aussi longtemps que possible ou mieux on le lui renouvellera tous les quatre à cinq jours : le pansement protecteur devra être gardé un certain temps et on évitera tout choc ou toute éraflure qui compromettrait la restauration « ad integrum ».

Si les greffes n'ont pris qu'en partie deux cas peuvent se présenter : ou bien des îlots suffisamment grands peuvent hâter la cicatrisation et on n'a qu'à attendre celle-ci ; ou le derme seul a pris, l'épiderme s'enlevant avec le pansement : on reconnaîtra ceci à ce que la surface présente un aspect lisse et non bourgeonnant : on refait alors le pansement et quelques jours plus tard quand on l'enlève on trouve l'épiderme formé.

Si aucune des greffes n'a réussi il ne faut point se décourager de la méthode ; on a péché par un point de détail ; remettre la plaie en état et tenter une nouvelle intervention qui sera plus heureuse. Dans ces cas et en attendant l'opération suivante on se trouvera bien d'associer une injection de calomel qui donne une poussée favorable aux tissus ulcérés.

Dans les cas de réussite la marche de la réparation est des plus simples. Au bout de quelques jours le lambeau cutané est adhérent à la plaie, le niveau s'égalise, sa coloration pâlit et son aspect tend à se rapprocher peu à peu de celui de la peau environnante. Si l'on a pu conserver le pannicule adipeux comme on le

peut le plus souvent, la rétraction cicatricielle est modérée. Il se forme fréquemment, à la surface de la cicatrice et sur les points de contact de différents lambeaux de petites brides kéloïdiennes ou des nodules indurés. Mais il faut bien savoir que dans la suite, au bout de plusieurs mois, elles s'effacent spontanément.

Méthode à lambeaux libres multiples d'Ollier.— Malgré tout le parti que l'on peut tirer des greffes de Thiersch, les cicatrices qu'elles donnent peuvent être un peu défectueuses, surtout au voisinage des orifices naturels; au niveau des articulations, à la main, à la plante du pied, on voit quelquefois des rétractions qui entraînent des difformités fâcheuses ou de la gêne des mouvements.

Nous signalerons pourtant l'observation XXVII où M. Nélaton a pu à la suite d'une vaste greffe de tout le cou de pied conserver tous les mouvements sans gêne fonctionnelle, sans adhérence aux tendons sous-jacents.

Dans certains cas, il sera donc préférable d'employer à la restauration tégumentaire, des lambeaux cutanés comprenant toute l'épaisseur de la peau. Ollier qui emploie cette méthode avec succès depuis 1872 remplace ainsi le tissu de la cicatrice par un tégument souple et non rétractile.

Le manuel et les applications de la méthode ont été précisés par J. Wolfe et F. Krause en 1896. Le lieu

d'élection pour la prise des lambeaux est soit la face antéro-interne de la cuisse, soit la face antérieure du bras. On tient compte de la rétraction et on donne une dimension d'un tiers plus grande en tous sens de la surface de la plaie à recouvrir ; on prend un ou plusieurs lambeaux selon la nécessité.

Comme épaisseur, il faut leur donner toute la couche cutanée, mais il faut avoir bien soin d'enlever le pannicule adipeux à la face profonde.

On applique le lambeau sur la plaie à recouvrir en le fixant ou non par des sutures. Comme pour les greffes de Thiersch, il faut avant d'appliquer les lambeaux avoir arrêté entièrement toute hémorrhagie. Un pansement modérément compressif termine l'opération ; on défait le pansement du sept au huitième jour.

La perte de substance occasionnée par la prise du lambeau est suturée.

Parfois on sera obligé de combiner d'autres méthodes et faire une autoplastie à lambeaux pédiculés, selon la méthode indienne ou tout autre procédé.

En 1898, M. Lang, de Vienne, avait opéré 52 malades atteints de tuberculoses cutanées à des degrés divers, sur ces 52 opérés 35 ont pu être suivis, examinés et présentés pour la plupart à la Société de dermatologie de Vienne. Sur ces 35 malades, 24 n'ont jamais présenté de récidives et certains de ces malades sont opérés depuis 1892, ce qui fait sept ans de guérison assurée après un traitement des plus rapides. Quelques-uns (3 malades) de

cas récidivés ont été réopérés avec succès, sans présenter de récurrence après une nouvelle intervention.

On peut compter aussi que sur les 14 qui n'ont pu être suivis, presque la plupart ont dû leur guérison à cette méthode.

Voici d'autre part, l'opinion de M. Buschke sur l'extirpation radicale des lupus, opinion basée sur 17 observations et au sujet desquelles il n'a constaté qu'une récurrence. Cette communication fut faite en décembre 1897 à la Société berlinoise de Dermatologie.

« M. Buschke rapporte les expériences qu'il a faites à la clinique de Neisser sur l'extirpation radicale du lupus et l'importance de l'ancienne tuberculine de Koch pour le diagnostic et le traitement de cette maladie. De ses recherches, il résulte que la méthode palliative (acide pyrogallique, emplâtre de créosote salicylé, Paquelin, etc.), donne un résultat esthétique temporaire, mais non une guérison définitive. Avec l'extirpation radicale au contraire, on peut enlever la partie malade dans toute son étendue et éviter ainsi les récurrences.

« En effet, sur 17 malades opérés, il n'est survenu que dans un cas une récurrence au centre d'un lambeau transplanté : ce lambeau était sans doute déjà malade, car on n'avait pas laissé de tissu lupique, et il n'y avait pas eu d'infection après l'opération. Après l'injection de tuberculine, il survint, en effet, au point de la cuisse où le lambeau avait été pris une tuméfaction œdéma-

teuse et de la rougeur et on constata la présence de granulations lupiques.

L'orateur a toujours soin de faire avant l'opération une injection de tuberculine pour rechercher les points lupiques et pour reconnaître plus exactement la limite périphérique de la peau lupique qui réagit sous l'influence de l'injection et bien indiquer l'étendue que doit avoir l'extirpation ; car les récidives après l'opération surviennent d'ordinaire à la limite des parties extirpées. C'est la forme serpiginieuse de lupus qui offre les chances les plus favorables pour l'opération, parce que les foyers disséminés sont rares dans ces cas ; la variété conglomérée présente de moins bonnes conditions, car dans le voisinage des grandes plaques, il y a de plus petits foyers ; les cas les plus défavorables sont ceux dans lesquels les foyers sont disséminés sur de grandes surfaces.

« L'opération radicale est moins atroce que les râclages et les cautérisations répétées avec traitement pyrogallique.

« Il présente ensuite un enfant qui a été opéré sur une joue avec greffe consécutive d'après Krause et sur l'autre avec celle de Thiersch. Chez le premier, la surface est lisse ; sur le deuxième, il y a des saillies et des bourrelets consécutifs à la formation de kéloïdes. M. Buschke dit en terminant qu'il faut avoir recours à l'extirpation radicale dans tous les cas où il est possible

d'enlever complètement les foyers morbides. L'apparition possible d'une petite récidue ne prouve rien, attendu que dans les opérations de tumeurs malignes des interventions secondaires sont souvent aussi nécessaires.»

OBSERVATION VIII (Et les suivantes jusqu'à l'obs. XVIII
communiquées par M. le Dr Perrin)

Homme de 27 ans, boulanger.

Père mort de pleurésie à 51 ans. Mère vivante. Cinq enfants bien portants.

Lupus tuberculeux de la cuisse gauche datant de 15 ans.

Ablation au bistouri avec anesthésie locale. Pas de réunion immédiate. Cicatrisation régulière.

Pas de récidue depuis 1890.

OBSERVATION IX

Femme de 55 ans, blanchisseuse.

Lupus tuberculeux de la face datant de l'âge de 10 ans. Epithélioma développé sur la surface lupique au niveau de la région temporale.

Ablation 1892, avec le Dr Reboul, sous chloroforme. Réunion immédiate.

Pas de récidue depuis 7 ans.

OBSERVATION X

Petit garçon de 10 ans, blond, lymphatique. Famille de 8 enfants. 3 vivants seulement, 1 mort de méningite tuberculeuse.

Mère vivante. Père mort de bronchite chronique.

Ant. personnels. Rougeole à 6 ans.

A la suite de cette maladie lupus tuberculeux de la joue gauche de la dimension d'une pièce de 0,50 centimes. Ablation sous chloroforme. Réunion immédiate.

Pas de récurrence depuis 4 ans.

OBSERVATION XI

Fille de 26 ans. Père et mère vivants. Du côté paternel antécédents tuberculeux : le père reste seul vivant sur une famille de 4 enfants dont 3 seraient morts tuberculeux.

Fille unique atteinte de lupus tuberculeux depuis 2 ans consécutif à une gomme scrofulo-tuberculeuse ulcérée à la région pré-auriculaire du côté droit. On voit au centre une cicatrice déprimée et à la périphérie de nombreux tubercules, couleur sucre d'orge, non ulcérés, quelques-uns recouverts de croutelles peu adhérentes.

Ablation en mai 1896, réunion par 1^{re} intention. Pas de récurrence en 1899. Ligne cicatricielle verticale en avant de l'oreille.

OBSERVATION XII

Femme de 25 ans.

Lupus tuberculeux du genou droit, au-dessus de la rotule, placard infiltré ayant les dimensions d'un macaron. Gomme scrofulo-tuberculeuse du cou et de la cuisse, face interne et supérieure.

Ablation totale du lupus avec le Dr Jourdan.

Pas de récurrence depuis 2 ans.

OBSERVATION XIII

Femme de 63 ans. Son fils est mort à l'âge de 25 ans, il y a 3 ans de tuberculose pulmonaire.

Elle est atteinte de bronchite chronique avec dilatation bronchique.

Lupus tuberculeux de la cuisse gauche, face interne et supérieure. La partie centrale est cicatricielle, à la périphérie tubercules lupiques caractéristiques. Ablation avec anesthésie locale en janvier 1897.

Malade revue un an après sans récurrence.

OBSERVATION XIV

Femme de 26 ans. A depuis trois mois des ulcérations tuberculeuses sur la grande lèvre gauche sans adénopathie. La malade a eu une pleurésie il y a 4 ans.

Ablation par le Dr Pluyette en 1897. Guérison. Pas de récurrence.

OBSERVATION XV

Fille de 20 ans. Père mort tuberculeux, seule vivante sur une famille de 5 enfants, tous les autres morts en bas-âge.

Nombreuses cicatrices de gommes tuberculeuses, thorax, cou. Placard de lupus tuberculeux sur la face dorsale de la main et ulcérations gommeuses sous-maxillaires et rétro-auriculaires. Chloroformisation et ablation au bistouri de toutes les surfaces tuberculeuses.

Pas de récurrence sur la main ; mais au cou deux ans après la malade revient avec de nouvelles gommes scrofulo-tuberculeuses ramollies. Injection de naphthol camphré.

OBSERVATION XVI

Fille de 20 ans. Famille de 5 enfants. Elle seule est malade. Surdité depuis 5 ans. Amaigrissement, chloro-anémie.

Père mort à 45 ans de tuberculose pulmonaire.

Lupus tuberculeux du lobule du nez et des orifices nari-
naires. Traité et guéri en 1897, au bout d'un an par l'élec-
trocaut risation.

Un an après la malade revient avec une ulcération sus-
hyoïdienne tuberculeuse.

En 1898, ablation au bistouri, réunion par première in-
tention. Pas de récidive.

OBSERVATION XVII

Homme de 27 ans, marchand de journaux. Ulcérations
tuberculeuses développées dans la région inguinale gauche
au niveau de la pelote d'un bandage herniaire.

Début 1 an. Peau décollée.

Ablation au bistouri.

Guérison sans récidive depuis 15 mois.

OBSERVATION XVIII

Fille de 16 ans, couturière.

Famille de 7 enfants. Père mort à 53 ans de tuberculose.
Mère vivante.

Lupus tuberculeux datant de 2 ans, siégeant sur la joue
gauche à 0,03 centimètres de la commissure labiale. Pla-
card arrondi, infiltré avec tubercules caractéristiques.

Ablation en 1898 par le Dr Jourdan, réunion par 1^{re} in-
tention.

Pas de récidive depuis 15 mois.

OBSERVATION XIX

(Et les 3 suivantes dues à l'obligeance de M. le Dr Broca).

G... Léonie, 14 ans.

Gomme tuberculeuse du bras droit de la grosseur d'une pièce de 2 francs.

Ablation totale, suivie de réunion immédiate le 25 juillet 1895.

Pas de récurrence.

OBSERVATION XX

B... Camille, 8 ans. Lupus de la face, pré-auriculaire de la dimension d'une pièce d'un franc.

Incision elliptique, suivie de suture le 24 mars 1897.

Pas de récurrence.

OBSERVATION XXI

B... Solange, 7 ans. Lupus de 4 centimètres sur 3 centimètres de la joue droite.

Ablation large au bistouri le 27 octobre 1897 sans réunion immédiate. Cicatrisation par seconde intention.

Pas de récurrence.

OBSERVATION XXII

M... Edouard, 10 ans. Lupus de la cuisse droite. Ablation au bistouri, suivie de suture, le 30 avril 1898. Guérison.

Pas de récurrence.

OBSERVATION XXIII

(Et la suivante dues à l'obligeance de M. le Dr Brocq).

Jeune garçon, de 12 ans. Ablation totale d'un lupus de la joue droite de la grandeur d'une pièce d'un franc, un peu au-dessus de la mâchoire inférieure, réunion par première intention, opéré par M. le Dr Walther.

Pas de récurrence depuis un an.

OBSERVATION XXIV

Homme de 50 ans, atteint d'un lupus de la fesse de la grandeur d'un pièce de 2 francs. Ablation totale de la lésion suivie de réunion immédiate opéré par le Dr Segond.

Pas de récurrence depuis un an.

OBSERVATION XXV (personnelle).

A... Pauline, lingère, 30 ans, célibataire.

Ni frère ni sœur. N'a jamais été bien portante. Tempérament scrofuleux. Etant jeune a eu des adénopathies cervicales et des ulcérations derrière les oreilles. Régulée à 14 ans et depuis assez régulièrement.

Cette fille s'enrhume facilement et a parfois des hémoptysies depuis 4 à 5 ans. Cependant à l'auscultation on ne constate qu'un peu de rudesse au poumon droit. N'a jamais présenté de troubles digestifs.

En 1892 un petit bouton s'est montré sur la joue droite, qui a grossi peu à peu pour atteindre la grandeur d'une pièce d'un franc; bouton violacé, siégeant sous l'épiderme, ayant tout le caractère d'une gomme lupique. Pendant deux ans elle ne s'en est pas trop inquiété et a fait des applications diverses.

En 1894 est venue voir le Dr Perrin qui a fait pendant un an le traitement par des caustiques et des pointes de feu. Actuellement il ne reste qu'une légère cicatrice blanchâtre à bords irréguliers.

Vers 1893 une autre gomme tuberculeuse apparaissait sur le bord de l'oreille gauche à la partie supérieure et postérieure, pour laquelle elle n'a point suivi de traitement, car la lésion n'était pas apparente et indolore.

Cette lésion atteint 2 centimètres environ, siège sous la peau qui est rouge violacée.

En 1895 apparut une autre tuberculide sur la joue gauche à 2 centimètres du lobule de l'oreille, grosse comme une lentille, et ayant depuis augmenté de volume: elle atteint la grosseur d'une pièce d'un franc.

Sur la face postérieure du poignet gauche existe aussi un autre nodule tuberculeux d'un centimètre et demi environ.

Le 18 février nous faisons une injection de calomel qui est supportée sans douleur, mais qui n'amène aucune amélioration.

Aussi nous proposons à la malade l'extirpation totale qui est acceptée.

Le 16 avril après avoir fait l'asepsie de la région et injecté une seringue et demi de la solution de 1/50 de cocaïne nous enlevons la petite tumeur de la joue par une incision elliptique et faisons une suture intra-dermique. Celle-ci fut un peu douloureuse.

Nous enlevons aussi le nodule du poignet et réunissons par trois crins de Florence. Le nodule de l'oreille fut raclé à la curette et touché avec la pointe fine du thermo-cautère.

Le 24 avril nous enlevons les points de suture, réunion par première intention.

Actuellement il reste sur la joue une plaque un peu rouge à peine visible; l'incision ne paraît pas. Pas de récédive.

OBSERVATION XXVI

(Communiquée par M. le Dr Perrin).

Femme de 56 ans. Lupus tuberculeux de la joue droite au-dessous de la paupière inférieure, datant de l'âge de 7 ans. Ectropion, épithélioma développé sur le lupus.

Exérèse et autoplastie avec le Dr Raynaut, oculiste. Résultat parfait.

Pas de récédive depuis 1893.

OBSERVATION XXVII

*(Et les trois suivantes dues à l'obligeance
de M. le Dr Nélaton).*

Emile M... âgé de 17 ans, entre à la salle Nélaton en juin 1897. Il est adressé à M. le Dr Nélaton pour un lupus du cou de pied gauche.

Ce lupus végétant, exubérant est situé au niveau de la face dorsale de l'articulation tibio-tarsienne, s'étendant de la face postérieure de la malléole interne au bord externe du pied, soit sur une longueur de 18 centimètres environ. En largeur ce lupus un peu plus large vers ses deux extrémités mesure 8 centimètres environ.

M. Nélaton pensant que ce lupus entraînerait une cicatrice, suivie de rétraction fâcheuse du cou de pied, essaya de pratiquer une greffe animale, qui échoua au bout de 3 semaines.

Sur la plaie granuleuse il pratiqua alors des greffes de Thiersh qui réussirent; le malade quittait l'hôpital un mois après l'intervention. On peut voir les pièces de ce pied moulé au Musée Saint-Louis avant et après l'opération, numéros 1938 et 1920.

Actuellement le malade, présenté à la Société de Dermatologie le 8 juin, présente une cicatrice solide, qui n'a donné lieu à aucune rétraction, et il n'y a pas de récurrence. Il faut ajouter que cet homme exerce la profession de cultivateur, et se tient par conséquent toute la journée debout, sans aucune gêne et qu'il n'a jamais eu depuis la moindre ulcération.

OBSERVATION XXVIII

R..., 24 ans et demi, ébéniste. Entré en décembre 1898, à l'hôpital Saint-Louis, salle Nélaton n° 19.

Mère morte en 1880 de tuberculose pulmonaire.

Une sœur morte à 24 ans de bacillose aussi.

Antécédents personnels nuls. Santé généralement bonne. Lupus ayant débuté il y a une quinzaine d'années par un point situé au milieu de la joue gauche. Augmentation assez lente puisqu'il y a cinq ans la dimension n'atteignait pas celle d'une pièce de 2 fr.

Mais depuis ces dernières années augmentation beaucoup plus rapide. A cette époque le lupus devient le siège de douleurs vives sous l'influence du froid.

Au moment de l'opération le lupus occupe toute la joue gauche poussant un prolongement dans l'angle oculo-nasal, un autre en dehors de l'angle externe de l'œil gauche, encadrent aussi toute la portion inférieure de l'œil, mais sans atteindre le rebord palpébral. Il s'étend à

1/2 centimètre du tragus et à 2 cent. de l'angle du maxillaire inférieur.

A différentes époques de l'évolution du lupus, le malade a déjà subi plusieurs traitements.

Au début, Vidal aurait fait des applications d'une pomade qui aurait amené une répression très marquée.

Récemment on a tenté le traitement par la lymphé de Koch. Aucune amélioration. Température élevée (40°).

Les scarifications, les pointes de feu n'ont donné aucun résultat.

M. Nélaton fait le 19 décembre 1898, l'ablation totale du lupus suivie de greffes de Thiersch. Le malade sort guéri en mars 1899.

Résultat excellent.

Nous avons revu le malade le 20 juin 1899 la guérison se maintient sans aucune tendance à la récurrence.

Les bords kéloldiens situés au contact des différents lambeaux des greffes se sont considérablement affaissés.

OBSERVATION XXIX

M... Fernande, 16 ans, couturière. Entrée le 20 janvier 1899 à l'Hôpital Saint-Louis, salle Denonvilliers, n° 1 dans le service de M. Nélaton — Le lupus que la malade présente actuellement débuta à l'âge de 2 ans par un bouton situé à l'angle externe de l'œil-droit ; et il grandit progressivement. — Elle fut traitée successivement à Trousseau où on lui fit un grattage à l'âge de 10 ans, à Saint-Louis par M. Fournier, puis par M. Tenesson, qui la traitèrent par des scarifications et des pointes de feu.

Depuis l'âge de 16 ans jusqu'à maintenant le traitement ne fut interrompu que 2 ans.

Aujourd'hui elle présente un lupus de la joue droite affectant une forme à peu près triangulaire à base supérieure et à sommet inférieur. La base s'étend transversalement de l'angle interne de l'œil droit à 2 cent. environ du tragus. Le sommet répond à l'angle du maxillaire inférieur. La ligne réunissant l'angle interne de l'œil à l'angle du maxillaire empiète sur l'aile du nez presque jusqu'à la ligne médiane.

La paupière inférieure est un peu rétractée en bas et envahie par le lupus.

Les dimensions sont en largeur : de l'angle interne de l'œil droit au tragus : 11 centimètres, en hauteur de la paupière inférieure à l'angle du maxillaire : 9 cent. 1/2.

La malade n'a jamais eu aucune manifestation bacillaire pulmonaire. Elle présente à l'avant-bras gauche et à la joue gauche des cicatrices de la grosseur d'une pièce de 2 fr. qui semblent être des restes d'anciens lupus guéris. Elle les aurait eu avant l'âge de 2 ans.

Opération le 7 février 1899. M. Nélaton excise au bistouri la totalité de la surface cutanée envahie par le lupus en passant 6 millimètres environ en dehors du bord visible du lupus.

La peau est enlevée dans toute son épaisseur. Pour remplacer la peau de la paupière inférieure on amène par glissement un long lambeau pris sur le front. Le reste de la surface cruentée est recouverte par des greffes de Thiersch prises sur la cuisse.

Guérison complète : il reste aux points de contact des greffes des bourrelets cicatriciels, qui sont en voie de régression, un peu d'ectropion vers l'angle interne de l'œil droit.

M. Nélaton a présenté le 8 juin cette malade à la société de Dermatologie.

OBSERVATION XXX

B..., âgée de 47 ans, domestique, entre dans le service de M. Nélaton, salle Denonvilliers, n° 27, au mois de mars 1899.

Elle est atteinte d'un lupus de forme triangulaire dont la pointe en triangle correspond à l'angle interne de l'œil sans empiéter sur la paupière et dont la base occupe le bord inférieur du maxillaire inférieur. Depuis l'angle de la lèvre jusqu'au lobule de l'oreille. Toute la joue gauche est donc envahie par un lupus ulcéré.

M. Nélaton fit l'excision de toute la peau lupique en passant à 6 millimètres en dehors du tissu atteint.

La surface cruentée fut recouverte de greffes de Thiersch. Le résultat fut excellent, la malade quittait la salle un mois après l'intervention. Cette malade a été présentée le 8 juin à la société de Dermatologie ; la guérison se maintient, sans tendance à la récurrence.

OBSERVATION XXXI

(Récurrence de lupus)

Deutch, présente un malade après l'opération d'une récurrence de lupus qui occupait toute la joue avec greffe de Thiersch consécutive ; ce malade resta jusqu'à il y a un an sans récurrence. Le 30 janvier de cette année il entre à l'hôpital : cicatrice indemne de lupus. Sur le bord près de la commissure palpébrale, foyer semblable à une bande de 4 centimètres de longueur sur 1 centimètre de largeur, sur le front

quelques nodosités lupiques. Incision du foyer, on recouvre la perte de substance avec un lambeau pédiculé pris sur le front. La plaie du front est réunie par des points de suture, sauf une petite partie qu'on recouvre par le procédé de Thiersch. Guérison

(Société Viennoise de Dermatologie, 23 Février 1898)

OBSERVATION XXXII

(Société Berlinoise de Dermatologie séance du
1^{er} Février 1898)

Extirpation radicale du lupus.

Rosenthal présente un malade qui avait sur la face dorsale d'une main une tuberculose verruqueuse de la peau, sur un bras un scrofulo-derme, et sur le lobule de l'oreille gauche un lupus, les trois foyers ont été enlevés ; les plaies recouvertes par la greffe de Thiersch ; le résultat est très satisfaisant.

OBSERVATIONS XXXIII et XXXIV

(Société française de Dermatologie séance du
12 Mars 1896)

M. Terrien présente en son nom et au nom de M. Tenesson deux lupus traités par les greffes de Thiersch. — Fernand Th.,... 19 ans, — Deux placards de lupus tuberculeux situés l'un à la partie postéro-inférieure du bras droit et l'autre à la face antérieure de la cuisse gauche. Le 6 décembre 1895 destruction du tissu lupique au moyen du caustique de Vienne. Greffes de Thiersch le 21 décembre Guérison.

Berthe B.... 16 ans, — Placard de lupus à la joue droite : Destruction par les caustiques : Greffes de Thiersch Guérison.

Tels sont les résultats obtenus : Sur 26 exérèses totales, soit réunies par première intention, soit suivies d'autoplastie, nous ne relevons que deux récidives, lesquelles furent réopérées et guéries depuis. Quelques-unes des observations que nous a communiquées notre maître, M. le Dr Perrin, datent de 9, 7, 6 ans (observations VIII; XIX, X, XXVI). On ne peut donc pas les accuser de n'avoir pas encore subi l'épreuve du temps ; d'autres sont plus récentes, et il est bon d'attendre encore quelque temps pour être encore plus affirmatif.

Les observations que nous a communiquées M. Nélaton montrent jusqu'ici que les tuberculoses cutanées, traitées par les greffes de Thiersch, n'ont pas récidivé l'une depuis deux ans (obs. XXVII), qui est un cas des plus remarquables par suite de son siège, les autres depuis 6, 4 et 3 mois.

Si à ces 26 observations, nous ajoutons les 35 cas que M. Lang a pu suivre depuis 1892, avec 8 récidives, et les 17 malades de M. Buskle avec un seul cas de récidive, nous avons un total de onze récidives sur 78 opérés, soit 14,1 o/o.

Les autres procédés de traitement ne peuvent soutenir la comparaison, car il nous suffira de dire que tous

les malades opérés avaient épuisé toute la série des caustiques, raclages, scarifications ou autres, et que les résultats obtenus n'avaient été que bien courts, lorsque même on avait observé un résultat.

Cependant, il ne faudrait pas tomber dans l'excès contraire et vouloir traiter toutes les tuberculoses cutanées par l'ablation totale.

Nous allons examiner les autres procédés de petite chirurgie que l'on pourra employer selon les cas.



TROISIÈME PARTIE

Méthode sanglante de petite chirurgie

Bien que l'ablation totale soit la méthode de choix, plusieurs circonstances peuvent empêcher son emploi. Il y a une contre-indication à l'anesthésie générale, nécessaire dans beaucoup de cas d'autoplastie ; des lésions viscérales s'opposent à une grande intervention ; des conditions de toute autre sorte se présentent, sans compter l'opposition du malade ou de son entourage.

Il nous reste deux procédés de petite chirurgie qui, suivant les cas, donnent de bons résultats, le raclage et les scarifications. Mais ces deux procédés qui ont des guérisons nombreuses à leur actif ont des récidives encore plus nombreuses.

Avant de dire en quoi consiste le raclage et les scarifications, et les résultats que ces deux méthodes ont donné, nous poserons la question du danger de ces deux procédés.

Contre les scarifications et le raclage, M. Besnier a porté l'accusation de favoriser la généralisation et une inoculation soit proche, soit à distance.

On n'ignore pas que les tuberculoses cutanées et particulièrement les lupus sont des tuberculoses atténuées,

chez lesquelles ont rencontré le plus souvent un nombre infime de bacilles de Koch ; elles ne retentissent pas sur les autres organes et si elles se développent le plus souvent sur des terrains scrofulo-tuberculeux, elles atteignent aussi des individus d'apparence robuste. Nous ne parlons pas bien entendu des tuberculoses secondaires, résultant d'une infection générale de l'organisme.

Et si on a signalé des cas de généralisation après une intervention chirurgicale sur des tuberculoses cutanées, il ne faut pas en accuser la méthode, mais bien une prédisposition du sujet. Les accidents de tuberculose viscérale se seraient aussi bien montrés dans ces deux cas si on n'était pas intervenu. D'après la statistique de Brocq, portant sur plus de deux cent cinquante cas, il n'en signale que trois chez lesquels s'est produite une affection viscérale tuberculeuse. Brocq conclut que l'infection viscérale ne semble pas se produire avec une plus grande fréquence dans les tuberculoses cutanées, traitées par le raclage ou les scarifications que par les autres méthodes non sanglantes.

Dubois-Havenilh, dans sa thèse 1890, établit :

« 1° Que la propagation du virus par les voies lymphatiques a été souvent observée chez les lupiques en l'absence de toute intervention locale ;

« 2° Que la proportion des sujets infectés ne s'était pas accrue depuis l'introduction des méthodes sanglantes ;

« 3° Que dans les cas rares où la tuberculose pulmonaire s'est manifestée ou aggravée après la guérison d'un lupus, on avait toujours employé des méthodes ignées ».

Ce n'est point à dire qu'avec cette méthode on soit à l'abri entièrement des généralisations et, nous avons dernièrement observé un cas de lupus traité par les scarifications pendant plusieurs années, qui a eu dernièrement des accidents de tuberculose vésicale. Mais peut-on accuser la méthode de cette manifestation tuberculeuse, le sujet étant en repos de traitement depuis plusieurs mois, quand se sont manifesté les symptômes vésicaux.

De plus, bien des sujets qui n'ont subi aucun traitement d'aucune sorte voient apparaître des tuberculoses viscérales, et certains malades peu soucieux d'une tuberculose cutanée, qui ne les fait pas souffrir, ne viennent consulter un médecin qu'à l'occasion d'un accident pulmonaire ou autre, de nature bacillaire.

Avant d'entreprendre le traitement d'une tuberculose cutanée par le raclage ou les scarifications, qui nécessitent une série plus ou moins longue de séances, on devra examiner l'état général du malade et ne rien entreprendre qu'il ne pourrait supporter ou être dangereux.

Pour faire le raclage, il est nécessaire d'avoir recours à l'anesthésie locale. Les procédés par congélation, glace, pulvérisation d'éther, chlorure de méthyle

et chlorure d'éthyle ont des inconvénients : congestion des tissus, tendance aux hémorrhagies, changements de consistance et de coloration tels qu'il est souvent difficile de discerner les parties saines des parties malades. De plus si l'on doit curetter profondément, l'anesthésie n'atteint que la superficie. On pourra utiliser le chlorure d'éthyle dans certaines formes de tuberculoses verruqueuses qui sont toutes superficielles.

L'insensibilité la plus efficace est obtenue par la cocaïne en injection intra-dermique, en s'entourant de précautions minutieuses et en les dirigeant selon la technique indiquée par Reclus et Dubreuilh. Le sujet sera couché, dans tous les cas on emploiera une solution au 1/100 ou au 1/50^e, composée de parties égales d'eau distillée et d'eau de laurier cerise, fraîchement préparée.

Pour les scarifications on évitera si l'on peut toute anesthésie, car la douleur n'est pas bien grande et est en général bien supporté par les malades.

Nous allons dire rapidement en quoi consiste le râclage et les scarifications et nous suivrons en cela la technique indiquée par M. Brocq, dans son ouvrage du traitement des dermatoses par la petite chirurgie.

Le râclage

On distingue deux procédés de râclage, la rugination et le curettage ; comme on emploie actuellement la cu-

rette dans les deux variétés, nous ne parlerons que du curettage. Il n'y a point de distinction à faire : on doit enlever tout la partie malade et curetter jusqu'au tissu qu'il soit superficiel ou profond ; ce n'est donc qu'une affaire de degré.

Manuel opératoire.— Plusieurs formes de curette ont été proposées; nous ne les décrirons pas; nous signalerons comme les plus commodes : a) La curette fenêtrée de M. E. Besnier, qui a la forme d'un anneau tranchant, ce qui empêche l'accumulation des tissus, comme cela a lieu avec la curette de Volkmann, qu'il faut débarrasser plusieurs fois dans le cours d'une intervention ;

b) La curette de Vidal en forme de croissant : la lame à deux tranchants, est courbée sur le plat en forme de faucille, et l'extrémité libre forme un bec, un crochet à la fois aigü et tranchant, qui peut s'insinuer dans les moindres replis.

Dans tous les cas, on doit faire une asepsie rigoureuse des instruments de la plaie et des mains de l'opérateur.

On tend avec la main libre les téguments, afin d'avoir le plus de prise possible sur le tissu malade et de la main droite, on manœuvre la curette. Si on est en présence d'un lupus scléreux, d'une tuberculose verruqueuse, on tiendra la curette à pleines mains. Si la lésion a peu d'étendue, que les tissus soient friables, on doit tenir la curette comme une plume à écrire : il faut curetter jusqu'à ce que l'on arrive sur le tissu sain,

sensation que l'on éprouve avec un peu d'habitude. On commence avec une curette grosse et moyenne et on termine avec une petite curette pour enlever les derniers nodules profonds ou siégeant sur les bords de la lésion.

L'hémorrhagie consécutive à l'opération s'arrêtera facilement avec le tamponnement. Si quelque point donnait encore, on pourrait le toucher avec la pointe du thermo-cautère chauffé au rouge sombre.

Un attouchement consécutif au nitrate d'argent au 1/20 ou simplement à la poudre d'iodoforme ou d'arsinol. Le pansement sera renouvelé tous les deux à trois jours et la guérison se fera plus ou moins vite suivant l'étendue des lésions.

Mais il restera à la suite du râclage une cicatrice marquée avec rétraction de la peau ou des muqueuses voisines et cette méthode ne pourra s'appliquer qu'à des régions cachées ou indifférentes à l'esthétique.

Principalement au cou les cicatrices sont irrégulières, suivies de kéloïdes énormes difformes, qui ne régressent pas, comme certaines kéloïdes peu élevées, consécutives aux greffes de Thiersch.

La scarification

On emploie la scarification en médecine pour faire de la déplétion locale ou de la révulsion. En dermatologie, scarifier : c'est diviser par de fines hâchures un tissu malade.

Fabrice d'Acquapendente employa vers la fin du xvi^e siècle les scarifications pour des kéloïdes. Ce n'est que vers 1865, qu'Angelo Dubini fit des piqures d'épingles dans le traitement du lupus pour faciliter la pénétration des pommades hydrargyriques. En 1870, Volkmann faisait le râclage des lésions tuberculeuses de la peau en même temps des scarifications ponctuées : tous ces procédés n'avaient qu'un but : faciliter la pénétration des caustiques dans les tissus malades.

Volkmann s'aperçut que les surfaces lupiques étaient améliorées par cette combinaison beaucoup plus que par l'application seule des caustiques qui à cette époque était en honneur ; aussi fit-il des râclages suivis de ponctions rapprochées qu'il répétait deux ou trois fois par semaine.

Balmanno-Squire, en 1874, substitua les scarifications linéaires aux scarifications ponctuées ; il fit des incisions parallèles de 3 à 4 millimètres croisées par d'autres incisions parallèles aussi entre elles, mais faisant avec les premières un angle aigu.

Ce fut E. Vidal qui fit faire de recherches histologiques qui donnèrent l'explication du processus de guérison de lupus scarifiés : on obtient par ce procédé la transformation fibreuse, but vers lequel tendent toutes les thérapeutiques anti-tuberculeuses.

Les tuberculoses cutanées passibles de la scarification sont limitées aux formes de lupus exedens, aux lupus vorax.

L'avantage de la scarification sur les autres méthodes est de donner de belles cicatrices.

On est en présence d'un lupus à marche rapide, envahissant les tissus environnants, menaçant la paupière, l'aile du nez, la bouche; on ne peut songer à une méthode radicale, qui exposerait à des succès certains. Nous avons vu que ces cas étaient passibles du traitement par les injections du calomel. Le mieux est de combattre intus et extra l'envahissement des tissus sains et la meilleure conduite à suivre est d'adopter la méthode mixte : injections de calomel et scarifications. Or, il est un fait indéniable, c'est que la méthode des scarifications est bien plus efficace dans les lupus exedens que dans les autres formes de la tuberculose cutanée.

C'est surtout pour les lupus de la face siégeant aux environs des orifices naturels que les scarifications font merveille et elles laissent des cicatrices à peine visibles et sans rétraction.

Mais c'est une méthode lente, qui nécessite des séances fréquentes, et comme nous l'avons déjà dit des récidives à brève échéance.

Manuel opératoire. — Nous ne décrivons point les divers scarificateurs que l'ingéniosité des dermatologistes ou des fabricants ont proposé.

On se servira du scarificateur de E. Vidal qui sera suffisant dans tous les cas. Il se compose d'une lame de 22 à 24 millimètres de longueur, de 2 millimètres

et demi à 3 millimètres de largeur ; la moitié inférieure est mousse et arrondie sur les bords ; la partie supérieure présente deux tranchants qui se rejoignent en formant deux faces mousses surélevées. L'extrémité forme un triangle, de telle sorte qu'on peut couper ou dilacérer suivant les cas.

Citons les scarificateurs multiples dont nous ne conseillons pas l'emploi, car l'opérateur n'est pas maître de ses incisions.

Le malade sera opéré assis ou couché, au choix de l'opérateur ou des circonstances. Il sera utile de maintenir la tête pour empêcher tout mouvement ; l'opérateur lui-même peut en passant son bras gauche au-devant de la tête immobiliser la région.

Avec les doigts de la main gauche il tendra les tissus, de façon à ce qu'ils ne puissent ni glisser ni se rider ; cette tension supprime aussi momentanément la congestion qui masquerait les régions atteintes.

L'opérateur tient le scarificateur comme une plume à écrire, la main s'appuyant solidement sur le petit doigt. D'un mouvement rapide des 3 premiers doigts, il fait des incisions parallèles en allant autant que possible de bas en haut : puis une autre série croisant les premières incisions à angle aigu, distantes les unes et les autres de un à deux millimètres ; il ne faut pas craindre de dépasser les bords et d'attaquer les tissus sains à 3 et 4 millimètres au-delà.

En profondeur, il faut aussi dépasser la limite du tissu morbide et pénétrer dans le tissu sain.

C'est une sensation différente de résistance qui vous avertira de la limite nécessaire à atteindre. Il est bon de faire une troisième série d'incisions perpendiculaires à la deuxième série, de façon à dilacérer et hâcher entièrement les ulcérations.

Il ne faut pas se préoccuper de l'hémorrhagie pendant l'opération ; elle sera aussitôt arrêtée par la compression ; au besoin, on toucherait au nitrate d'argent quelques points qui seraient rebelles au tamponnement.

On fait après l'opération un lavage à l'eau boriquée tiède, au sublimé au millième, ou à l'eau phéniquée à 25 o/oo et on applique un pansement humide boriqué à 3 o/o ou au sublimé au millième. Le lendemain, on applique des bandelettes imbriquées d'emplâtre de Vigo.

On doit répéter les séances de scarification à intervalle régulier : certaines formes de tuberculose cutanée superficielle où il ne sera pas nécessaire de pénétrer profondément, seront scarifiées tous les 4 jours ; mais si la lame a pénétré assez loin, on devra distancer les séances de 8 à 10 jours.

Il faut s'armer de patience, car la méthode est longue et la guérison n'est obtenue qu'après plusieurs mois de persévérance et de régularité. C'est le point faible de la scarification.

Comme nous l'avons vu, son avantage est de laisser

une cicatrice lisse blanche, régulière ; par les scarifications on évite les rétractions, les brides et les kéloïdes difformes que laissent trop souvent après eux l'application des caustiques. Et cette considération en fait la méthode de choix quand il s'agit de tuberculose des paupières, de lupus gagnant les orifices, lèvres, narines et entraînant des troubles fonctionnels.

Méthode chirurgicale non sanglante

Il nous reste à dire un mot des autres modes de traitement chirurgical non sanglant.

La cautérisation ignée a été employée de tout temps et reste encore une méthode excellente dans quelques cas ; les tissus atteints sont atones, sans vitalité aucune, et il est impossible d'obtenir un résultat par les méthodes non sanglantes.

Dans les cas de tuberculose cutanée avec tendance à la mortification, à marche envahissante, en présence de sujets débilités, nous associerons le traitement hydrargyrique sous-cutané à la méthode ignée, en attendant d'employer une méthode chirurgicale plus rationnelle.

Depuis la généralisation du thermo-cautère de Paquelin, l'usage du cautère est tombé en désuétude et son emploi est exceptionnel.

On se servira des pointes fines en maintenant l'incandescence au rouge sombre. Son application est

assez douloureuse et on ne sait jamais au juste où s'étend la destruction des tissus à cause de la quantité de chaleur dégagée et du rayonnement ; les cicatrices que laissent les pointes du thermocautère sont apparentes.

Il est donc préférable d'employer le galvanocautère ; c'est l'instrument de choix pour l'ignipuncture.

Les dimensions et la forme des fils de platine varient à l'infini : on peut leur donner les formes les plus variées, à pointes plus ou moins fines, à anses, à lames-grilles, aplatis, etc., etc.

L'anesthésie est le plus souvent inutile, avec le galvanocautère les malades supportent facilement l'ignipuncture après une ou deux séances. Avant de commencer le traitement par l'ignipuncture la plaie sera préparée : quelques pansements humides boriqués feront tomber les croûtes, la région sera savonnée et séchée.

La région où doit porter la cautérisation ignée sera maintenue ; le moindre mouvement peut brûler les parties voisines inutilement.

De la main gauche il faut tendre la peau et commencer par entourer la région malade par une série de cautérisations ponctuelles à deux et trois millimètres de ses bords. On couvre la surface atteinte de pointes de feu rapprochées de deux ou quatre millimètres selon que la pointe est plus ou moins fine.

La pointe du galvanocautère doit pénétrer perpendiculairement à la surface et dépasser en profondeur la

limite des tissus morbides. De même que dans les scarifications, on perçoit la différence de résistance entre les deux tissus sain et morbide à mesure que la pointe s'enfonce. Ici point d'hémorrhagie. On calmera l'inflammation produite par la cautérisation avec des pansements humides boriqués ou de la vaseline boriquée. Le lendemain ou le surlendemain on appliquera soit l'emplâtre rouge de Vidal, soit l'emplâtre de Vigo ou des pommades à la résorcine, à l'acide salicylique. On renouvellera la cautérisation tous les quinze ou vingt jours après la disparition des pointes précédentes. La guérison s'obtiendra après un nombre de séances qui variera avec l'étendue de la lésion ; cette durée sera toujours longue : encore sera-t-il nécessaire de terminer par des scarifications pour obtenir une cicatrice plus régulière.

Après guérison il faudra surveiller la cicatrice pour poursuivre les nodules qui pourraient apparaître de nouveau et qui seraient le point de départ d'un nouveau foyer.

La cautérisation ignée sera surtout utile pour détruire les points qui paraîtraient suspects après l'ablation totale.

A côté de la cautérisation par le feu se place la cautérisation par les courants d'air chauds qui aurait donné, paraît-il, de bons résultats entre les mains de M. Hollcänder (de Berlin).

L'application des rayons Röntgen au traitement des tuberculoses cutanées est encore trop récente pour être

jugée. Dès à présent on peut dire qu'elle ne paraît pas avoir une action durable sur ces formes de la tuberculose.

M. Schiff présentait le 2 juin 1897 à la Société viennoise de Dermatologie deux cas de lupus traités par les rayons X. « Le premier cas concerne une fille de 14 ans qui depuis l'âge de 3 ans est atteinte d'un lupus de la peau de l'avant-bras gauche. Les foyers lupiques étaient à une distance de quinze à vingt centimètres. Au dixième jour une première réaction apparut. La partie exposée devint rouge ; tuméfaction pâteuse dans le voisinage des infiltrats lupiques ; au-dessous des croûtes sécrétion abondante. Le jour suivant les croûtes se détachèrent : les ulcères se détergèrent ; leur base était recouverte de granulations rouge-vif, avec quelques verrucosités grisâtres, opaques, du volume d'une tête d'épingle. Au dix-neuvième jour on interrompit l'éclairage. Les productions verruqueuses tombèrent. Les granulations devinrent turgescents et on pouvait constater la présence de granulations dans les points où auparavant on ne les remarquait pas. Les jours suivants toutes les aéroles confluèrent et l'épiderme de tout l'avant-bras et de la main se détacha comme une bulle dans la sphère des parties éclairées. Au bout de quelques jours la peau lupique et la partie cicatricielle présentaient l'aspect d'une vaste plaie en voie de granulation. Actuellement les ulcères lupiques et les infiltrats de l'avant-bras sont recouverts de cicatrices lisses.

Sur le côté de l'avant-bras, où les rayons Röntgen arrêtés par l'os ne sont pas arrivés, l'infiltrat lupique ulcéré persiste tel qu'il était.

Dans le second cas il s'agissait d'un large infiltrat dans la région laryngienne, composé de nombreux papules de lupus. Paquet ganglionnaire sous-mentonnier du volume d'une noix. On interrompit l'éclairage après les premiers symptômes de réaction qui se traduisirent en premier lieu sur le bord le plus antérieur par une aréole rouge-rose d'un centimètre de largeur. La réaction continua pendant encore plusieurs semaines après l'interruption du traitement. La tumeur ganglionnaire disparut un peu mais depuis elle a de nouveau augmenté. »

En résumé selon Schiff, il se produit une réaction inflammatoire généralisée absolue, une réaction spécifique du tissu lupique sous l'influence des rayons Röntgen attendu que l'éclairage rend visibles des nodosités lupiques non apparentes ; les rayons Roentgen déterminent dans ces cas le ramollissement et la chute des nodosités lupiques. Il y a diminution immédiate de volume des ganglions infiltrés. L'action prolongée des rayons Röntgen paraît transformer des ulcères torpides en granulations de bonne nature.

En 1898 le Dr Ables-Schomberg donnait la relation de deux cas de lupus par les rayons X. avec guérison. Le Dr Bisserié a obtenu à l'hôpital Broca des résultats favorables dans des cas de lupus érythémateux.

Nous allons relater quelques observations de malades traités par le curettage et les méthodes de petite chirurgie dermatologique ; la lecture de ces observations montrera à côté de bons résultats, l'infériorité sur l'ablation complète.

**Lupus tuberculeux traité par curettage
et cautérisation**

OBSERVATION XXXV

(Et les suivantes communiquées par M. le Dr Perrin)

Femme 55 ans, ménagère. Lupus tuberculeux de la joue gauche et de la fesse droite : grands placards. Curettage de toutes les surfaces en 1891 et cautérisation profonde avec le thermo-cautère.

Quand la malade revient se montrer 6 à 8 mois après cette opération, on constate de nouveaux tubercules au niveau de la cicatrice de la joue. Nombreuses séances d'électro-cautérisation.

OBSERVATION XXXVI

Femme de 50 ans, couturière. Lupus scléreux de la main gauche, face dorsale des métacarpiens et au niveau de l'apophyse styloïde du cubitus, cicatrice au centre des placards ; état papillomateux à la périphérie. Raclage et cautérisation ignée avec anesthésie locale. Quelques tubercules s'étant développés dans la cicatrice, séance d'électro-cautérisation.

OBSERVATION XXXVII

Femme 22 ans. Début à l'âge de 10 ans d'un lupus exédens de la joue gauche, trop étendu pour exérèse. Grattage et cautérisation. Infiltration profonde du derme qui persiste après la cicatrisation.

**Tubercules de repullulation poursuivis
par scarifications et électro-cautérisation**

OBSERVATION XXXVIII

Femme 18 ans, revendeuse. Famille de 11 enfants : 9 morts. Père mort à 44 ans de tuberculose pulmonaire. Lupus tuberculeux de la joue droite avec infiltration profonde du derme. Aussi malgré grattage et cautérisation, apparition dans la cicatrice de nouveaux tubercules. Scarifications et électro-cautérisation.

OBSERVATION XXXIX

Femme 22 ans. 2 autres enfants morts l'un à 9 mois, l'autre à 18 mois. Antécédents tuberculeux du côté du père. Début d'un lupus tuberculeux à la joue droite à 0,02 cent. de l'œil droit ayant débuté à l'âge de 5 ans. En 1887, séances d'électro-cautérisation répétées. Guérison. En 1898 la malade revient ayant une cicatrice de la dimension d'une pièce de 5 francs au niveau de l'ancienne plaque de lupus. Mais sur la joue et au-dessous de la paupière inférieure placard lupique étendus. Chloroformisation par le Dr Maurice Jourdan, curettage et thermo-cautère. Six mois après, pas de récurrence.

OBSERVATION XL

Femme 30 ans : orpheline, ayant depuis l'âge de 12 ans, un lupus ulcéré sur les joues dans leur partie inférieure et au pourtour de la bouche, sur le menton et les régions sus-hyoïdienne et sous maxillaire. Chloroformisation par le Dr Pantaloni et raclage avec la curette suivie de cautérisation. Récidive 6 mois après : nombreuses séances d'électro-cautérisation.

Electro-cautérisations et scarifications.

Bons résultats

OBSERVATION XLI

Homme 22 ans. Lupus tuberculeux ayant débuté à l'âge de 10 ans et siégeant aux orifices nasaux en partie détruits, sur la joue, la lèvre supérieure et le menton. Pas de récidive.

OBSERVATION XLII

Homme 19 ans, menuisier. Maux d'yeux il y a 2 ans, cicatrices cornéennes ; il y a un an, adénite scrofulo-tuberculeuse sous-maxillaire ayant suppuré. Nombreux ganglions cervicaux indurés. Acné polymorphe du dos : face ; engelures. Lupus tuberculeux aux orifices nasaux traité pendant 1896, par électro-cautérisation. Pas de récidive en 1899.

OBSERVATION XLIII

Femme 26 ans, repasseuse, type de la strumeuse : mariée il y a 2 ans. Pas de grossesse. Début en 1895 d'un lupus

tuberculeux du lobule gauche du nez et de la fosse naviculaire gauche. Electro-cautérisation. Pas de récurrence en 1899

OBSERVATION XLIV

Femme 32 ans. Famille de 7 enfants dont 3 vivants.

En 1890, coryza, croûtes nasales. Erysipèle. Engelures tous les hivers, refroidissement des extrémités. Fissures et ulcérations nasales datant de 6 mois. Traitées par électro-cautérisation. Guérison. Pas de récurrence 2 ans après.

OBSERVATION XLV

Femme 24 ans. Père et mère vivants. 4 enfants : 2 morts. Régler régulièrement depuis l'âge de 17 ans.

En 1890, lupus tuberculeux de l'index droit ; poignet coude gauche depuis l'âge de 10 ans. Cicatrices avant-bras et bras : à la fesse droite placard lupique ayant débuté il y a 3 ans. Electro-cautérisations répétées. Guérison maintenue en 1896.

OBSERVATION XLVI

Femme 22 ans, couturière. Mère morte à 54 ans.

Père vivant : 16 enfants, dont 6 morts.

Strumeuse. Début il y a 2 ans. Région nasale fissurée : placards arrondis et infiltrés de lupus tuberculeux ayant la dimension d'une pièce de 0,50 centimes qui se serait étendu depuis un érysipèle survenu il y a 2 ans. Traitement par électro-cautérisation en 1891. Guérison maintenue quand la malade est revue en 1896, quoiqu'elle ait eu plusieurs grossesses. Enfants bien portants.

OBSERVATION XLVII

Homme 22 ans, ouvrier sellier : soigné en 1891 pendant qu'il faisait son service militaire, pour un placard de lupus tuberculeux de la dimension d'une pièce de 2 francs siégeant au-dessus de la commissure labiale gauche. Electro-cautérisation. Récidive en 1898. Curettage et thermo-cautère.

OBSERVATION XLVIII

Femme 22 ans. Lupus tuberculeux du nez, face latérale gauche : aile du nez et lobule. Scarification et électro-cautérisation en 1891. Récidive : quelques tubercules dans la cicatrice et petit placard à gauche du menton en 1894. Nouvelles séances d'électro-cautérisation. Pas de récidive depuis cette époque.

OBSERVATION XLIX

(Et la suivante due à l'obligeance de M. le Dr Brocq)

Femme de 35 ans, opérée par le Dr Delagenière d'un vaste lupus de la joue gauche dans sa totalité.

Râclage sous chloroforme, suivi de cautérisation au chlorure de zinc. Pansement à l'iodoforme. Bon résultat : mais il n'y a pas eu de surveillance et pas de cautérisation des tubercules de repullulation. Au bout de 6 mois, 2^e intervention analogue. Résultat excellent.

OBSERVATION L

Femme de 20 ans, atteinte d'un vaste lupus de la joue gauche, oreille et parties environnantes. Râclage à fond suivi de cautérisation au chlorure par le Dr Valther il y a

15 mois, suivi d'une grande amélioration. Destruction consécutive de quelques tubercules à l'électro-cautère.

Actuellement guérison apparente, belle cicatrice lisse et souple.

Ainsi sur 16 lupus traités par le râclage, les scarifications et la cautérisation ignée nous comptons 8 récidives rapprochées d'une guérison apparente, soit 50 0/0.

Remarquons toutefois que les scarifications et l'électro-cautérisation ont donné de meilleurs résultats, 2 récidives sur 8 malades.

L'on pourrait facilement trouver des récidives nombreuses dans tous les autres traitements, et de tous celui qui donne certainement les plus mauvais résultats, est le curettage.

Rappelons les beaux succès que nous avons constaté plus haut par l'ablation et il nous sera facile de conclure en faveur du traitement chirurgical par exérèse totale des tuberculoses cutanées.



CONCLUSIONS

I. — Le traitement des tuberculoses cutanées sera avant tout chirurgical.

II. — Parmi les nombreux moyens chirurgicaux appliqués à la tuberculose locale de la peau on donnera la préférence à l'exérèse totale : La tuberculose cutanée sera considérée comme une tumeur maligne.

III. — L'emploi des caustiques a vécu. A côté de l'ablation totale se placent suivant les cas le râclage, les scarifications et l'ignipuncture.

IV. — On peut associer comme modificateur puissant de l'organisme et dans les cas rebelles les injections intra-musculaires de calomel ou d'huile grise.

V. — L'hygiène, l'alimentation et les toniques ne seront pas plus négligés dans les tuberculoses cutanées que dans tout autre tuberculose locale ou non.



BIBLIOGRAPHIE

1838. CAZENAVE. — Dictionnaire médical.
1870. BAZIN. — Dictionnaire Dechambre.
1877. LELONG. — Thèse de Paris.
1877. FOURNIER. — Thèse de Paris.
1879. VIDAL. — Bulletin de l'Académie de médecine.
- 1883 E. HAHN. — Traitement du lupus par les greffes épidermiques (Centralblatt für Chirurgie).
1883. BONNEAU. — Thèse de Paris.
1883. CLUTTON. — Développement de kéloïde après le raclage du lupus (Medical Times).
1883. ELOY. — Les indications thérapeutiques du lupus (Union médicale).
1883. COLLIER. — Du lupus vulgaire (Medical Times).
1883. MALCOM MORRIS. — Avantages comparés du raclage et des scarifications dans le traitement du lupus (British medical Journal).
1884. BESNIER. — Du lupus et de son traitement (Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Années 1880-1883-1884-1885).
1884. CHARCOT. — De la tuberculose chirurgicale (Revue de chirurgie).
1884. ELOY. — Note sur le traitement du lupus par les mercuriaux (Union médicale).
1884. HUTCHINSON JONATHAN. — Guérison d'un lupus par l'arsenic employé exclusivement à l'extérieur (British med. Journal).
1884. LÉSSER. — Traitement du lupus par l'arsenic (Centr. f. die med. Wiss).
1884. ALVARADO FRANCHY. — Des applications locales de créosote de calomel dans le traitement du lupus (Thèse Montpellier).

1885. SCHWIMMER. — Traitement du lupus (Wiener medizinische Wochenschrift).
1885. BROCC. — Note sur le traitement du lupus érythémateux (Journal de médecine).
1885. GERHARDT. — Traitement du lupus par le froid (Deutsch med. Woch.).
1885. FOX. — Des différentes méthodes de traitement du lupus. Usage du burr (Journ. of. cutan. dis.).
1885. ROUX. — Greffes dans le lupus (Société vaudoise, 1885).
1885. WALLER G. SMITH. — Du lupus et de son traitement (The Dublin med. Journal).
1885. — J.-C. WHITE. — Traitement du lupus par les parasitocides (Boston med. and. surg. Journ.).
1886. STOWERS. — Le traitement du lupus par abrasion (The practitioner).
1886. GARTNER et LUSTGARTEN. — Traitement du lupus par l'électrolyse (Société médicale de Vienne).
1886. BRUNA. — Guérison d'un lupus vulgaire par la galvanocaustie (Berlin klin. Woch.).
1887. RUSTHON PARKER. — Le traitement du lupus par la scarification (Brith. med. Journal).
1887. CHRISTESCO. — Etude thérapeutique du lupus de la face (Thèse de Paris).
1887. WINTERNITZ PRAGER. — De l'influence de l'érysipèle sur le lupus (Prager med. Woch.).
1887. TANSINI. — Injection parenchymateuse de sublimé dans le lupus (Gaz. d'hospit.).
1887. MOBEL-LAVALLÉE. — Amélioration rapide d'un lupus avec lymphangite gommeuse par les injections d'éther iodoformé (Bulletin médical).
1888. MASCHAT. — Revue critique sur le traitement de quelques manifestations externes de la tuberculose (Thèse de Paris).
1888. HELLER. — Traitement du lupus (Wien. med. Presse).
1888. TAYLOR. — Liqueur de soude éthylée dans le traitement du lupus (Brit med. Journ.).

1888. CIARROCHI. — Guérison du lupus par le streptocoque de l'érysipèle (Bull. de soc. Lancisiona Roma).
1888. — Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose publiées sous la direction du professeur Verneuil, t. II, 1^{er} fascicule).
1888. HEYDÉNREICH. — La greffe cutanée suivant la méthode de Tiersch (Semaine médicale).
1889. CHEVILLOT. — De la greffe dermo-épidermique par la méthode de Thiersch (Thèse de Paris).
1890. G. THIBIERGE. — Le traitement du lupus vulgaire par les injections de lymphé de Koch (Annales de dermat. et de syphil., p. 945).
1890. MANCEAUX. — Etude sur les greffes dermo-épidermiques par la méthode dite de Tiersch (Thèse de Nancy).
1890. MOREL-LAVALLÉE (Bulletin médical).
1890. BROOKE. — A preliminary treatment of lupus vulgaris (The Brit. Journ. of dermat. — mai 1890).
1891. THIBIERGE. — Lupus et lymphé de Koch (Annales de dermat. et de syphil.).
1891. BAUR. — Thèse de Nancy.
1891. PICOT. — Traitement du lupus par les injections de gaïacol iodoformé (Semaine médicale).
1891. E. BESNIER. — De la tuberculine sur le lupus (Société de dermat. — 11 février).
1892. BROCA. — Traitement du lupus par le raclage (Mercredi médical).
1893. B. MERRILL RICHETTS. — Lupus, its extirpation (New-York medical Journal).
1894. A. FOUBARD. — Etude sur le traitement des lupus des membres et en particulier des lupus verruqueux par le raclage et l'ablation au bistouri (Thèse de Paris).
1894. THIBIERGE (Gazette des hôpitaux).
1894. CLANT (Thèse de Nancy).
1894. BRAMWEL. — Traitement du lupus par extrait thyroïdien (Bristish medical Journal).
1894. BERNARD. — Thèse de Bordeaux.

1894. M. CECCHI. — Lupo tuberculare e sua cura locale (Il Morgagni).
1894. A. KOELLER. — Ueber den chirurgischenn Fleil der sogen. Combinirten Behandlung der lupus (Berlin klin. Wochenschrift).
1894. J. SCHÜTZ. — Zür Behandlung der lupus vulgaris (Arch. f. dermat. u. syphilis).
1894. A. ELSEMBERG. — Traitement du lupus par le parachlorophénol (Arch. f. dermatolog. u syphilis).
1895. — Pouvoir antiseptique de la chlorololine (Provlnce médicale, 1895).
1895. — Traitement du lupus par le parachlorphénol (Annales de dermat. et de syphil.).
1895. CHABROL. — Traitement du lupus tuberculeux (Thèse de Montpellier).
1895. BROUSSE (Annales de dermat. et de syphil.).
1895. HALLOPEAU, — Action curative des érysipèles sur les lupus (Annales de dermat. et de syphil.).
1895. BROCC et JACQUET. — Dermatologie.
1895. O. LIEBREICH. — De la guérison du lupus et de la tuberculose par la cantharidine (Société de médecine de Berlin).
1895. H. KÖBNER. — Lupus (Berlin klin. Woch.).
1895. SCHARFF. — Traitement du lupus de la face (Monatschreft. f. pract. dermat.).
1895. SCHWIMMER. — Guérison du lupus par l'érysipèle (Société hongroise de dermatologie).
1866. HALLOPEAU. — Lupus et érysipèle (Société de dermatologie).
1896. E. TERRIEN. — Application des greffes dermo-épidermiques dans le traitement du lupus (Société de dermat. et de syphil.).
1896. MOTY. — Traitement du lupus par les injections de naphthol camphré (Bulletin médical du Nord. — 8 mai).
1896. DÉRVILLE. — Traitement des nodules de lupus isolés par

- la dilacération suivie d'application de chlorure de zinc (Journ. des sc. méd. de Lille. — 11 janv.).
1896. FOURNIER. — Pseudo-lupus syphilitique : Le calomel a-t-il une action sur le lupus (Soc. française de dermatologie. — 11 juin).
1896. MARTINET. — Note sur la méthode de traitement du lupus par les caustiques chimiques (Soc. de dermat. et de syphil. — 11 juin).
1897. LEGRAND. — Traitement du lupus (Thèse de Paris).
1897. MARIO-TRUFFI. — La cura del lupus colle iniezioni di calomelano (Gazette med. Lombarda, 19 avril).
1897. ASSELBERGS. — De l'action des injections de calomel dans les affections non spécifiques (Presse médicale belge. — juillet et décembre).
1897. FOURNIER. — Tuberculose cutanée notablement améliorée par les injections de calomel (Annales de la Société de dermat. et de syphil.).
1877. CHARMEIL (Bulletin de la Société centrale de médecine du Nord).
1897. GASTOU et DOMINICI (Annales de dermat. et de syphil.).
1897. L. JACQUET. — Traitement du lupus (Annales de la Soc de dermat. et de syphil.).
1897. PAVIE. — De l'action curative des injections intra-musculaires profondes de calomel dans la tuberculose cutanée (Thèse de Paris).
1897. DUBOIS-HAVENITH. — Traitement du lupus par les injections de calomel (Société française de dermat.).
1897. BARBE. — Traitement du lupus par le chlorophénol (Soc. de dermat. et syphil. — 11 mars).
1897. — LANG. — Lupus traité par l'extirpation et la greffe de Tiersh (Soc. viennoise de dermatologie. — 5 mai).
1897. HOLLGENDER. — Traitement du lupus vulgaire par les courants d'air chaud (Berlin).
1897. NÉLATON. — Traitement chirurgical du lupus (Société de dermat. et syphil.).

1897. HALLOPEAU et WEIL. — Des atrésies post-lupiques (Annales de dermat. et de syphil.).
1897. LANG. — Trait. chirurgical du lupus (Soc. de méd. de Vienne. — Séance du 17 déc. 97.).
1897. — BUSCHKE. — Extirpation radicale du lupus (Société berlinoise de dermat. — 7 déc. 1897).
1897. FINSSEN. — Trait. du lupus vulgaire par les rayons chimiques concentrés (Semaine médicale du 22 décembre 1897, p. 466).
1898. — Note sur l'application de la méthode de Cerny-Trunecek relative à la guérison du lupus (Soc. de dermat. et syphil. — 9 juin 1898).
1898. DEUTSH. — Injection d'huile grise dans le lupus (Société viennoise de dermat., 23 février 98).
1898. LANG. — Der lupus und dessen operative (Behandlung. — Vienne).
1898. CERNY et TRUNECEK. — Mémoire sur les greffes de Tiersch (Semaine médicale).
1898. DANLOS. — Tuberculose cutanée améliorée par le traitement mercuriel (Société de dermat. et de syphil. — 10 févr.).
1898. SCHEUKER. — Emploi thérapeutique de la tuberculine R. (Arch. f. de dermat. et syphil.).
1898. DUCASTEL. — Lupus tuberculeux traité par les injections de calomel (Soc. de dermat. et de syphil. — 7 juillet).
1898. CREUTZER. — Le lupus tuberculeux traité par le mercure et l'iodure, principalement par les injections intra-musculaires d'huile grise (Thèse de Lille).
1898. SCHIFF. — Deux cas de lupus traités par les rayons X (Société viennoise de dermat. — Séance du 2 juin 1897).

Vu, le Doyen,
BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,
FOURNIER

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

